Tome I. — N° 3 Mars 1956

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RESULTATS ET SEQUELLES DE LA CHIRURGIE FRONTALE SELECTIVE

Etude de 50 cas suivis depuis plus de cinq ans

PAR

J. GACHES et J. LE BEAU
(*Hôpital Lariboisière, Paris*)

Il y a maintenant près de 10 ans que nous avons réalisé nos premières interventions préfrontales sélectives. Il nous a paru intéressant de réunir l'ensemble de nos cas régulièrement suivis *pendant plus de 5 ans* après l'intervention. Un tel délai, en effet, nous paraît permettre une estimation juste du résultat thérapeutique sous son triple aspect : résultat symptomatique, résultat quant à l'adaptation sociale, résultat quant aux éventuelles séquelles.

Nous avons pu continuer à suivre très régulièrement 50 malades opérés depuis plus de 5 ans et actuellement vivants. Sur le nombre total de nos opérés dont l'intervention se situe entre octobre 1947 (premier cas) et janvier 1951, nous ne sommes restés sans nouvelles récentes que de sept.

Nous continuons à classer schématiquement nos opérés, en fonction de la maladie causale, en trois groupes : les épilepti-

ques, les malades mentaux, les cas de douleurs irréductibles. Dans ce dernier groupe, le recul de 5 ans d'observation post-opératoire exigé par cet exposé exclut les cas de cancers (16 cas), tous décédés au bout d'un temps variant d'un mois à deux ans et demi après l'intervention.

De plus, six malades sont décédés moins de 5 ans après l'intervention, soit de maladies intercurrentes ou d'accident, soit de complication de la maladie causale. Mais précisons à ce propos que nous n'avons jamais observé de tentative de suicide chez aucun de nos opérés de psycho-chirurgie.

Nous résumons les résultats thérapeutiques dans le tableau suivant en les évaluant, avant tout, par rapport au symptôme majeur qui a motivé l'intervention. Le résultat thérapeutique est classé selon notre échelle en 4 points : 0 (échec total), 1 (échec partiel), 2 (succès partiel), 3 (succès total), comme nous l'avons déjà exposé (2) : les notes 2, 3 correspondent manifestement à des résultats satisfaisants.

TABLEAU I

GROUPE CLINIQUE	NOMBRE DE CAS	RÉSULTAT THÉRAPEUTIQUE			
		0	1	2	3
Grands arriérés *agités* (épileptiques ou non)	9	1	5	3	—
Épileptiques caractériels (autres qu'arriérés)	5	1	—	3	1
Schizophréniès	7	1	1	2	3
Psychonévroses obsessives	4	—	2	1	1
Psychoses hallucinatoires et délires	5	—	—	1	4
Psychopathies	2	2	—	—	—
Algies psychogènes	8	1	—	4	3
Syndromes algiques sans facteur psychogène initial	10	—	1	5	4
TOTAL	50	6	9	19	16

1° Chez les *grands arriérés* (mongoliens, post-encéphalitiques), dont quatre sur cinq présentaient des crises épileptiques, le seul résultat intéressant porte sur le degré d'agitation psycho-motrice. Celle-ci a toujours été réduite. Dans les cas les plus favorables, cette réduction a permis une rééducation élémentaire et rendu

possible le maintien en milieu familial. D'autre part, le nombre de crises comitiales a généralement été réduit, sans doute parce que, de ce point de vue, le malade a été mieux suivi après qu'avant l'intervention (notamment par contrôle électro-encéphalographique), mais peut-être aussi par action directe de l'opération, du moins pendant une période de plusieurs mois.

2° On doit de même dissocier le résultat thérapeutique symptomatique obtenu dans les cas *d'épilepsie*. L'indication opératoire a en effet été posée par l'importance des troubles caractériels, du moins dans la plupart des cas. Sauf dans un cas sur lequel nous reviendrons et où elle a été totale, l'amélioration caractérielle n'a été que partielle, mais importante, permettant dans deux cas une activité professionnelle lucrative, et dans deux autres cas (femmes) une activité familiale. Le dernier malade est resté en milieu hospitalier, non du fait des troubles caractériels, mais de la persistance des crises et d'un fond de psychopathie paresseuse, qui s'est volontairement accommodé de la vie réduite de l'hospice, décidément préférée par le malade aux possibilités de travail qui lui avaient été offertes. Ce cas mixte rejoint les deux cas de psychopathie examinés plus loin et qui sont aussi deux échecs.

Par contre, le cas d'un de nos premiers opérés, pour lequel nous avons maintenant un recul de 7 ans 1/2, est un résultat aussi complet que possible, tant au point de vue des troubles caractériels graves qu'il présentait que du point de vue des crises épileptiques elles-mêmes. Ce jeune homme de 25 ans, interné à plusieurs reprises, présentait des crises comitiales généralisées typiques à peu près mensuelles depuis l'âge de 8 ans et des bouffées de colère extrêmement violentes avec clasties, coups et tentatives homicides. Quelques semaines après l'opération, il reprend son travail de livreur de charbon, mais en même temps prépare un concours (élémentaire) d'entrée dans une administration, le passe avec succès, se marie quelques mois plus tard. Il a maintenant deux enfants, a gravi aisément plusieurs échelons hiérarchiques, ne présente plus ni troubles caractériels, ni crise comitiale, bien qu'il ait cessé tout traitement depuis plus de cinq ans. Son observation complète a été publiée en 1954 (2).

3° Les cas de *douleurs rebelles* de cause organique précise, avec ou sans retentissement mental, mais dans lesquels on ne retrouve à coup sûr pas de facteur mental initial, constituent le groupe homogène le plus important de cette étude (10 cas). L'étiologie la plus souvent rencontrée est traumatique (causalgie

périphérique ou cranienne) ou post-opératoire (un membre fantôme). Deux cas sont mixtes (deux névralgies faciales opérées et transformées dans leurs caractères, l'une d'elles encore accentuée par un trauma de guerre). La plupart de ces cas ont déjà fait l'objet d'une publication. Il nous paraît intéressant, cependant, de montrer le résultat obtenu tant sur le symptôme douleur que sur l'activité du sujet. Les notes 0, 1, 2, 3 ont la même signification que le tableau précédent. Elles sont données successivement au 6e mois, puis au bout d'un an (12e mois), deux, trois, quatre, cinq ans, etc... après l'opération.

TABLEAU II

N° DU CAS	ACTIVITÉ AVANT OPÉRATION	ACTIVITÉ APRÈS OPÉRATION	RÉSULTAT SUR LA DOULEUR
B....T	Inactivité professionnelle	Reprise d'activité professionnelle pendant deux ans après opération, suivie de troubles mentaux en rapport avec éthylisme chronique.	222222222
P....N	Inactivité (hémiplégie post-traumatique)	Activité réduite dans un hospice	22333333
S.....E	Grabataire (névraxite)	Inactivité, mais vie familiale après rééducation partielle.	3011222
B...E	Inactivité (toxicomanie)	Reprise d'activité professionnelle (ingénieur)	3333333
E...T	Inactivité partielle	Inactivité partielle (âge)	3333333
L.....S	Inactivité totale	Inactivité, vie de famille	2222333
L...T	Inactivité, vie familiale	Inactivité, vie familiale	2312111
D....T	Inactivité, vie familiale	Activité partielle	2222222
D.....R ...	Activité réduite	Reprise d'activité professionnelle totale (commerçante)	333333
T..... N ...	Activité réduite	Reprise d'activité de ménagère	222233

4° Le groupe suivant classé sous le titre d'ensemble « *algies psychogènes* » est beaucoup plus varié. Le trait commun est l'existence de douleurs apparues sur un fond mental déjà anormal, qu'il s'agisse d'hypochondrie, avec ou sans anxiété, ou de la traduction somatique d'une dépression asthénique psychonévrotique. L'hétérogénéité de ce groupe (comme celui des malades mentaux) nous paraît justifier de donner une observation succincte des huit cas qui le constituent :

Observation 1. — Femme, 58 ans, ex-femme de ménage dans un hôpital. Nombreux séjours en hôpitaux psychiatriques pour épisodes dépressifs sur fond de débilité. Algies continues de l'hémiface gauche, remontant à 1927 environ, progressivement aggravées, notamment après bombardements (1944). Neurotomie rétrogassérienne et tractotomie pédonculaire sans succès. Très mauvais état général (presque cachectique).

Topectomie de la convexité le 10 octobre 1947. Période post-opératoire de deux mois, avec troubles sphinctériens et bouffées confuso-oniriques, avec agitation et visions mystiques. Cette période terminée, on constate que la malade est plus calme, a perdu sa mimique douloureuse, et ne se plaint plus spontanément ; par contre, elle continue de se plaindre des mêmes douleurs lorsqu'on l'interroge. La récupération du sommeil et la rapide amélioration de l'état général, avec importante reprise de poids, signent le résultat obtenu. Cet état se maintient pendant environ trois ans, mais la malade est restée dans un hospice de vieillards, et n'a pas repris de vie active (qu'elle n'avait d'ailleurs jamais eue qu'épisodiquement). En 1950-1951, de nouveaux troubles mentaux (démence sénile progressive) ont nécessité son internement en hôpital psychiatrique.

Observation 2. — Femme, 50 ans, ex-couturière à domicile. Apparition d'un syndrome mental, fait d'asthénie, d'anxiété, d'idées délirantes à thèmes de persécution et revendicatifs, ayant motivé divers traitements psychiatriques, dont une série d'électrochocs, à la suite desquels paraît une importante névralgie occipitale gauche, rapportée à une possible fracture d'apophyse cervicale, traitée sans modifications des douleurs par un greffon osseux. Malade amaigrie, anxieuse, récriminante, se plaignant continuellement. Inactivité totale. En voie d'internement du fait de la persistance des troubles mentaux.

Une première intervention (topectomie de la convexité, le 10 novembre 1947) est suivie d'une aggravation de l'état général, et d'une période post-opératoire d'aggravation des troubles mentaux (apparition d'hallucinations, état confuso-onirique), durant environ trois semaines. Après une semaine transitoire de tous les troubles durant quelques jours, rechute partielle, reprise des préoccupations douloureuses, avec phénomènes d'angoisse, mais disparition des idées délirantes. Une deuxième intervention (élargissement polaire de la topectomie, le 1er mai 1948) est immédiatement suivie d'une sédation des douleurs, sans période post-opératoire. La malade reprend son ancien travail de couturière à domicile quelques semaines plus tard. Le résultat acquis sur les douleurs et les troubles mentaux reste stable, avec un recul de maintenant sept ans et demi. La malade a cependant (depuis environ trois ans) cessé d'exercer son métier de manière lucrative, mais pour des raisons contingentes. Noter que le milieu familial, très compréhensif, a permis une très bonne réadaptation de la malade.

Observation 3. — Femme, 50 ans, sans profession. Hémicrânie droite ancienne (plus de dix ans), d'aggravation progressive, malgré de nombreux traitements médicaux, physio- et radiothérapiques. Fond de dépression mineure et appoint anxieux. Débilité légère. Depuis plusieurs années, la malade n'a pratiquement aucune activité et laisse les soins du ménage à son mari et à son fils.

Topectomie polaire et orbitaire (aires 10 et 11), le 11 janvier 1949. Période post-opératoire de plus de trois semaines, avec troubles sphinctériens, apathie, inertie, confusion mentale. Persistance atténuée de douleurs hémicrâniennes. Puis sédation complète des troubles post-opératoires et de l'hémicrânie. Reprise de son activité de ménagère, malgré une obésité croissante et un diabète bien compensé constaté, pour la première fois, quatre ans après l'intervention. Résultat stable, avec un recul de sept ans.

Observation 4. — Homme de 39 ans, mécanicien de garage. Céphalalgies, hypoacousie avec acouphènes douloureux bilatéraux, et état dépressif. Syndrome progressivement aggravé ; début onze ans auparavant.

Topectomie de la convexité le 23 janvier 1950.

Période post-opératoire de trois semaines de petits troubles mentaux (désinhibition de subeuphorie sans confusion). Disparition des acouphènes, de la céphalée et de l'état dépressif, durant trois mois environ, et reprise de l'activité professionnelle, malgré complications post-opératoires (ostéite du volet). Ensuite, réapparition occasionnelle d'acouphènes douloureux (mais atténués) et de petites phases dépressives. Cesse son activité professionnelle après l'intervention (cinq ans après), pour se retirer à la campagne avec sa femme. Un résultat moyen reste acquis, au dire du sujet et de l'entourage, six ans après l'intervention.

Observation 5. — Homme, 40 ans, manœuvre. Céphalées irréductibles, avec état dépressif ; initialement : complication otitique. Anxiété marquée. Activité professionnelle seulement épisodique. Syndrome douloureux évoluant depuis six ans, et progressivement aggravé, malgré traitements multiples.

Intervention en deux temps (24 février et 3 mars 1950) : topectomie unilatérale droite de la convexité, et section sous-corticale externe gauche.

Pas de période de troubles post-opératoires. Sédation immédiate de l'anxiété après le deuxième temps. Sédation plus progressive des céphalées. Reprise du travail, de manière régulière, au quatrième mois post-opératoire. Régulièrement suivi : résultat thérapeutique stable depuis six ans. Mais on doit noter que le malade a cessé de travailler en usine depuis deux ans, et se borne à une activité professionnelle de jardinage, ayant obtenu, après son intervention, une pension d'invalidité. Le malade se déclare, quant à lui, très satisfait.

Observation 6. — Femme, 36 ans, ex-ouvrière de manufacture. En fait, a cessé toute activité depuis plusieurs années. Syndrome algique (algies fronto-faciales et du vertex), dominé par des préoccupations hypochondriaques. Nombreuses interventions oto-rhino-laryngologiques dans plusieurs services parisiens. Anxiété.

Section sous-corticale polaire le 31 mars 1950. Courte et fruste période post-opératoire de six jours. Résultat thérapeutique complet durant six semaines seulement, puis rechute à la fin de la convalescence. Echec total d'une topectomie polaire le 8 août 1950. Section sous-corticale orbitaire le 4 novembre 1950, suivie d'une période post-opératoire de trois semaines, sans troubles sphinctériens (désorientation discrète et note subeuphorique). Persistance plusieurs mois d'asthénie et de fatigabilité. Réapparition des allusions hypochondriaques deux mois après la dernière intervention.

On considère qu'il s'agit d'un échec complet. Cependant, au cours des années qui suivent, on voit la malade se transformer peu à peu : plus soignée dans sa mise, progressivement moins anxieuse, elle commence à retravailler (femme de ménage) en 1952, et, depuis cette date, travaille régulièrement. L'anxiété a progressivement disparu. Les préoccupations hypochondriaques, centrées sur sa prétendue « sinusite » reviennent périodiquement, une fois par an environ. Elles nous ramènent la malade, que rétablit une brève psychothérapie.

Observation 7. — Homme, 46 ans, sans profession. Psychonévrose post-traumatique de guerre. Impressions vertigineuses et céphalgies apparues après traumas multiples en 1944-1945. Deux interventions préalables sur la fosse postérieure en 1948, pour « syndrome vestibulaire central gauche », n'ont apporté aucune amélioration.

Topectomie de la convexité le 2 septembre 1950. Pas de syndrome post-opératoire (ou discrète subeuphorie de quelques jours). Sédation immédiate, complète, mais transitoire, de tous les troubles, qui réapparaissent à la troisième semaine et paraissent bientôt reprendre leur intensité initiale. Le malade est perdu de vue pendant deux ans, puis répond à notre convocation. Alors qu'on pensait qu'il s'agissait d'un échec, il nous explique qu'il est nettement amélioré, ne souffre plus de céphalées, mais conserve des épisodes vertigineux moins intenses et moins nombreux. Ce résultat moyen est confirmé avec un recul d'observation post-opératoire de cinq ans et demi.

Observation 8. — Jeune fille, 24 ans, cultivatrice. Céphalalgies frontales et du vertex, sur fond de dépression schizoïde, avec tendances autistiques très marquées et impulsions. Ici aussi, la douleur, bien que continuellement alléguée, n'est qu'un élément d'expression d'une psychonévrose grave, ayant déjà motivé plusieurs séjours en service psychiatrique, et, trois ans auparavant, une série d'électrochocs, d'ailleurs suivie d'une aggravation de tous les troubles.

Topectomie de la convexité et du pôle le 2 mars 1951.

Période post-opératoire de quinze jours, avec quelques troubles sphinctériens et désinhibition hypomaniaque. Au quinzième jour, tous les troubles ont disparu.

Amélioration progressive, d'abord incomplète, des céphalées. Amélioration progressive du contact avec l'entourage (hospitalier, puis familial). Reprise du travail au deuxième mois post-opératoire. Sédation complète de tous les symptômes en environ un an. Très bonne insertion sociale. Se marie en 1953, deux ans et demi après l'intervention. Résultat confirmé avec un recul de cinq ans en mars 1956.

Le tableau suivant résume ces résultats :

TABLEAU III

N° DU CAS	DIAGNOSTIC PRÉ-OP.	ACTIVITÉ AVANT INTERVENTION	ACTIVITÉ APRÈS INTERVENTION	RÉSULTAT SYMPTOMATIQUE SUR LA DOULEUR (*)
1...	Algies faciales + dépression (Femme, 58 ans)	Activité épisodique (femme de ménage)	Nulle. Hospice puis hôpital psychiatrique	222222222
2...	Algies occipitales gauches + délire (Femme, 50 ans)	En voie d'internement définitif	Reprise d'activité professionnelle pendant 3 ans. Puis ménagère.	33333333
3...	Hémicranie + dépression (Femme, 50 ans)	Inactivité quasi-totale (chez elle)	Activité normale de ménagère.	33333333
4...	Céphalées Acouphènes Dépression (Homme, 39 ans)	Activité professionnelle sub-normale	Activité professionnelle normale durant 3 ans. Activité réduite ensuite.	3333222
5...	Céphalées Dépression Anxiété (Homme, 40 ans)	Activité professionnelle épisodique	Activité professionnelle normale durant 4 ans. Activité réduite ensuite.	2233333
6...	Algies cranio-faciales Hypochondrie Anxiété (Femme, 36 ans)	Inactivité	Activité professionnelle à partir de la 2e année.	0122222
7...	Céphalées Psychonévrose de guerre (Homme, 46 ans)	Inactivité totale	Inactivité professionnelle. Vie familiale normale.	000222
8...	Céphalées Psychonévrose dépressive (Femme, 25 ans)	Activité irrégulière En voie d'internement normale.	Activité professionnelle et familiale	223333

(*) Même notation que pour le tableau II.

Ce tableau n'indique pas le type d'intervention pratiquée. Il s'agit en effet dans tous les cas, avec quelques variantes, d'interventions portant sur la convexité et le pôle frontal (topectomie et section sous-corticale). Dans un seul cas (n° 6), cette première intervention a été complétée par une intervention portant assez largement sur les faces orbitaires. Le résultat, quoique bon (cote 2), n'a été qu'assez lentement obtenu. Actuellement, à la lumière de l'expérience acquise, nous aurions certainement pratiqué d'emblée une intervention portant à la fois sur les faces internes et le pôle.

5° Le groupe des maladies mentales proprement dites que nous abordons maintenant doit être subdivisé. La place d'honneur revient naturellement à la maladie majeure : la schizophrénie. Ici, nous ne parlerons plus de résultat thérapeutique symptomatique. Le critère de guérison est la « réinsertion » sociale. Sur 18 malades mentaux opérés, sept sont des schizophrènes, pour la plupart traités depuis de longues années, internés ou en voie d'internement. Sur ces sept malades, *deux échecs complets* (l'internement n'a pu être évité), *un échec partiel* (la malade a pu retrouver le milieu familial), *un succès partiel* (la malade mène une vie familiale normale, mais n'a pas d'activité réellement autonome) ; *trois succès complets* (nos trois opérés ont une vie professionnelle assurant leur autonomie).

Nous résumons en un tableau les résultats acquis.

Les premières interventions pratiquées sont des échecs. Les diverses réinterventions pratiquées dans deux de ces trois premiers cas n'ont pas amélioré l'état des malades. L'ont-elles aggravé ? C'est la question que l'on doit légitimement se poser et à laquelle il est bien difficile de répondre. Ces malades avaient déjà suivi, avec le même insuccès, les multiples traitements modernes de l'affection. Leur maladie évoluait ainsi, en service psychiatrique, depuis plusieurs années. Etait-ce vers la démence, ou vers cette improbable guérison, qui, nous a-t-on dit, pourrait survenir plus ou moins spontanément après quinze ou vingt ans d'asile, et que nos interventions auraient peut-être rendue impossible ? Si, à chaque cas, le problème se pose pour nous à nouveau, ce n'est jamais avec satisfaction que nous décidons l'intervention. Mais nous devons tenir compte des résultats obtenus par d'autres, de l'effroyable gravité de la maladie, enfin, de nos propres succès qu'illustrent maintenant ces quatre derniers cas de véritable guérison, observés avec un recul de cinq ans. Au demeurant, ceci ne nous empêche ni de penser, ni de dire que,

autant que l'acte opératoire, c'est la réadaptation psychothérapique post-opératoire qui compte, comme on y a d'ailleurs souvent insisté (3, 5). Nous nous heurtons trop souvent dans ce domaine à une énorme carence. Dans nos meilleurs cas, cette réadaptation n'a été réalisée qu'en milieu familial, parce que le milieu familial s'y prêtait (ce qui est bien rare, lorsqu'il s'agit d'hébéphrénie). Quoi qu'il en soit, dans l'état actuel des choses, nous considérons que si une telle réadaptation post-opératoire n'est pas possible, qu'elle soit familiale ou réalisée en établissement spécialisé, *il y a contre-indication formelle à l'intervention.* Ceci d'ailleurs dépasse le seul cadre de la schizophrénie et s'étend à l'ensemble de la chirurgie frontale fonctionnelle.

TABLEAU IV

N° DU CAS	Durée d'évolution avant opération	TYPE D'OPÉRATION	ACTIVITÉ AVANT INTERVENTION	ACTIVITÉ APRÈS INTERVENTION	RÉSULTAT THÉRAPEUT. (*)
1...	7 ans	Top. conv.	Internée.	Vie familiale possible. Activité réduite.	11111111
2...	1 an	Top. conv. + leucot.	Interné.	Interné.	00000000
3...	11 ans	Top. conv. + Top. temp. D. + Cingulectom.	En voie d'internement.	Placement familial. Activité effective dans ce cadre.	00011211
4...	8 ans	Top. conv. unilat. D.	Alternatives d'internement et de vie familiale sans activité.	Vie familiale avec activité normale.	3333333
5...	4 ans	S.S.C. pôle bilat.	Internée.	Activité professionnelle. Vie entièrement normale.	223333
6...	5 ans	S.S.C. bil. conv.	Interné.	Activité professionnelle. Vie entièrement normale.	333333
7...	4 ans	S.S.C. interne + leucot. pôle	Internée.	Vie familiale normale. Activité professionnelle (couturière à domicile).	223333

(*) Même notation que pour le tableau II.

6° Quatre psychoses ou psychonévroses obsessionnelles, cinq psychoses hallucinatoires et délires et deux psychopathies constituent les derniers cas de cette étude.

Disons tout de suite que ces deux cas de psychopathies sont deux échecs, sinon deux aggravations. Notre expérience ultérieure, encore que volontairement réduite, n'a fait que confirmer qu'il s'agit là d'une contre-indication pour nous jamais démentie et vient à l'appui des conclusions d'abstention auxquelles sont arrivés la plupart des spécialistes en France et à l'étranger.

Il n'en est pas de même des psychoses obsessionnelles. Sur nos quatre cas, nous comptons *un succès complet* (chez une vieille demoiselle de 64 ans), de surcroît hypochondriaque et toxicomane, qui a repris goût à la gestion de ses affaires et aux voyages ; *un succès partiel* et *un échec partiel.* Le premier cas correspond à une leucotomie bilatérale moyenne ; les deux autres, à une intervention sur les faces internes, qui, par la suite, nous a donné d'excellents résultats chez ce genre de malades. Le minimum d'évolution de la maladie avant l'intervention était de 13 ans. Enfin, *le quatrième cas* concerne un malade de 30 ans, qui associait à des obsessions hypochondriatiques des douleurs céphalalgiques, et que nous avions perdu de vue peu après son intervention. Une lettre récente nous a appris qu'il ne se plaignait plus de ses céphalées, mais restait un grand obsédé, vivant toujours en maison de santé. L'intervention avait été chez lui une topectomie de la convexité, suivie cinq mois plus tard d'une lobotomie. Le résultat sur les céphalées avait été acquis dès la topectomie.

Nous avons groupé psychoses hallucinatoires et délires dans le tableau suivant :

Tableau V

N° du cas	Type d'opérat.	Activité avant intervention	Activité après intervention	Résultat thérapeut.
1...	Top. conv.	En voie d'internement.	Activité réduite. Vie familiale	222222222
2...	Top. conv.	En voie d'internement.	Vie familiale normale Activité de ménagère	??????3
3...	Leucot. bil.	En voie d'internement.	Vie familiale normale	
4...	Leucot. ant. bil.	Interné.	Activité professionnelle normale	333333
5...	Top. conv.	Internée.	Vie familiale normale Activité de ménagère	333333

Séquelles opératoires éventuelles

Elles sont de deux ordres : l'épilepsie d'une part, les altérations de la personnalité d'autre part.

1° *L'épilepsie,* directement liée à l'intervention cérébrale ; c'est une éventualité dont il faut toujours tenir compte, contre laquelle le malade et son entourage doivent toujours être mis en garde. Dans la série de cas que nous présentons ici, nous ne pouvons retenir que trois cas chez lesquels on a vu apparaître des crises comitiales, d'ailleurs rares, susceptibles d'être rapportées à la lésion chirurgicale. Si nous éliminons, en effet, les observations des malades présentant déjà, *avant l'intervention,* des crises épileptiques (notamment les épileptiques caractériels, sept de nos neuf arriérés qui étaient aussi des comitiaux, et deux cas chez lesquels une lésion cérébrale existait avant l'intervention préfrontale), il reste *trente-six* observations. Les *trois cas* d'épilepsie post-opératoire concernent : le premier, une section sous-corticale des faces internes chez une grande obsédée ; le second, une section sous-corticale de la convexité dans un syndrome algique post-traumatique ; le troisième, une topectomie de la convexité chez une schizophrène. Dans le premier cas, on avait noté un seuil d'activation cardiazolique anormalement bas avant l'intervention ; le contrôle post-opératoire n'a pas montré de variation de ce seuil, mais, quelques mois plus tard, des anomalies paroxystiques caractéristiques sont apparues sur l'électro-encéphalogramme spontané. Dans le second cas, malgré la notion de trauma cranien, l'électro-encéphalogramme pré-opératoire ne montrait pas d'anomalies paroxystiques. Celles-ci sont apparues, en petit nombre et assez atypiques, environ trois ans après l'intervention. Leur traduction clinique semble avoir été quelques rares crises motrices généralisées (environ deux par an), qui ne paraissent pas avoir modifié le résultat thérapeutique obtenu sur les douleurs. Les anomalies électro-encéphalographiques, dans le troisième cas, sont relativement minimes et assez atypiques, latéralisées à droite où l'excision corticale apparaît, d'après les radiographies de contrôle, plus externe qu'habituellement. L'étude électro-encéphalographique systématique montre plus souvent la présence d'altérations paroxystiques : dans huit cas (y compris les trois cas avec traduction clinique). Il s'agit cependant d'altérations mineures, généralement atypiques. De plus, dans quatre de ces cas, le contrôle pré-opératoire électro-

encéphalographique fait défaut. Dans l'un des cas où nous possédons un contrôle pré-opératoire, des anomalies mineures existaient déjà, mais moins nombreuses et moins marquées. Dans un autre cas, pour lequel nous manque l'examen pré-opératoire, les anomalies enregistrées ont une allure assez particulière (bouffées d'ondes à front raide temporales gauches) ; ces anomalies de la région opérée prêtent à discussion quant à leur étiologie.

Dans ce bref résumé des constatations électro-encéphalographiques post-opératoires, nous différencions évidemment les anomalies paroxystiques évocatrices d'épilepsie, dont nous venons de parler, des anomalies lentes bifrontales, qui signent la lésion chirurgicale locale. Le plus souvent, ces anomalies s'atténuent, jusqu'à disparition complète, en un temps variant de quelques semaines à quelques mois, comme le montrent la succession des électro-encéphalogrammes régulièrement pratiqués chez ces malades. Leur persistance au bout des cinq ans reste rare (10 sur 50).

2° *Les altérations possibles de la personnalité* constituent la deuxième éventualité de séquelles opératoires dont nous devons en effet tenir compte en posant l'indication de l'acte chirurgical. Un peu par convention, nous distinguerons les *modifications* et les *altérations* de la personnalité, le dernier terme signifiant ici modification fâcheuse. Mais ces altérations sont très difficiles à estimer. En effet, on ne peut réellement parler d'altération de ce genre que chez un malade guéri par ailleurs des troubles qui avaient motivé l'intervention. Dans le cas contraire, la maladie qui altérait la personnalité continue à l'altérer, et ces altérations étaient d'emblée extrêmement importantes, puisqu'elles ont fait envisager une opération dite de « psycho-chirurgie ».

Seuls, les malades souffrant de graves syndromes algiques échappent à ce dilemme, au moins en partie. Nous ne pouvons ici discuter individuellement chaque cas, ce qui doit se faire par l'interrogatoire des malades eux-mêmes et par l'interrogatoire séparé et répété de leur entourage. Nous n'avons, en aucun des cas, de « syndromes douloureux irréductibles », mis en évidence d'altération de la personnalité. Il est vrai que nous n'avons pratiquement là que des succès (guérison ou grande amélioration). Dans l'échec partiel unique de ces dix cas, il en a été de même.

Dans les cas de guérison de nos malades mentaux, nous avons toujours pu faire préciser que l'on retrouvait les traits de la personnalité prémorbide, ou des variations minimes, allant vers

la syntonie et à l'opposé de celles communément décrites par les détracteurs de ce genre d'opération.

Dans deux séries de cas, par contre, la personnalité nous a paru modifiée nettement :

chez les psychopathes dont les traits de la personnalité morbide se sont peut-être accusés. Il s'agirait donc, chez eux, d'une véritable altération d'une personnalité déjà très altérée ;

chez les épileptiques où, par contre, dans les quatre cas favorables, et surtout dans le cas de guérison complète, nous avons eu l'impression de *modifier favorablement* les traits de la personnalité qui sous-tendent si étroitement les troubles « caractériels ».

Nous devons enfin souligner que cette quasi-absence de séquelles mentales nous paraît en rapport avec la limitation d'étendue de nos interventions telles qu'elles se définissent dans le cadre de la « chirurgie frontale sélective ».

Précisons bien que la discussion précédente est essentiellement clinique : les modifications de la personnalité sont précisées par l'étude clinique du malade, par les réactions de son entourage, par les résultats de son travail et les appréciations de son employeur. Parallèlement, chez des malades dont la plupart, il est vrai, sont plus récents que le groupe ici présenté, des examens psychologiques minutieux ont été pratiqués à plusieurs reprises avant et après les opérations ; nous avons suivi les principes de la théorie factorielle de Eysenck (3), et nos travaux ont été développés grâce à la collaboration de Mme Petrie à Londres et de Mme Choppy à Paris.

Voici en un bref résumé les principaux résultats qui ont été décrits en détail ailleurs (2) :

a) Après aucune des opérations frontales sélectives signalées, il n'y a de diminution de l'intelligence.

b) Après toutes les opérations sélectives, il y a diminution du facteur « neuroticisme » : résultat qui doit être considéré comme une amélioration et non une altération (au sens défini plus haut).

c) Après l'opération de la convexité, on observe une augmentation de l'extraversion, alors qu'après la cingulectomie, on observe une tendance à l'augmentation de l'introversion. Dans chacun de ces cas, la modification de la personnalité peut être

considérée comme une amélioration dans la mesure où elle ramène le malade plus près de la normale, le long de l'échelle du facteur bi-polaire qu'est l' « introversion-extraversion ».

Ce dernier point est des plus importants. Il revient à dire que l'indication opératoire doit être bien posée : par exemple, pas d'opération de la convexité (ni, d'une manière générale, de « lobotomie » classique), chez des malades déjà très extravertis avant l'opération. Mais nous ne pouvons développer ici ces considérations qui doivent être examinées dans le détail d'une manière beaucoup plus nuancée (2).

Insistons en terminant sur un point qui est souvent mal compris : les bons résultats obtenus, par exemple, dans les douleurs irréductibles, vont de pair avec une *intelligence intacte ;* ils ne sont donc pas à mettre sur le compte d'une sorte d'indifférence ou de perte de l'esprit critique, comme l'écrivent parfois, un peu à la légère, certains détracteurs de la psycho-chirurgie.

Résumé

Cinquante malades (mentaux, grands algiques, épileptiques) traités par opération préfrontale sélective ont été suivis pendant plus de cinq ans.

Les résultats de ces interventions se révèlent favorables, puisque l'on compte *16 succès complets, 19 améliorations* importantes, contre seulement *6 échecs* complets et *9 échecs partiels* ou améliorations insuffisantes.

Les « syndromes douloureux irréductibles » restent une des plus nettes indications de cette chirurgie (intervention portant sur la convexité). Parmi les maladies mentales, les psychonévroses obsessionnelles et les troubles caractériels des épileptiques ont bénéficié d'interventions portant sur les faces internes, les psychoses hallucinatoires et délires d'interventions polaires. Les cas de schizophrénie ont en général nécessité des interventions plus étendues (réinterventions), ne dépassant pas, cependant, les limites des leucotomies antérieures « rostrales ». Enfin, les syndromes psychopathiques dits pervers paraissent bien être une contre-indication.

Sauf dans ces derniers cas, il n'a pas été observé d'altérations de la personnalité, du moins dans la présente série.

L'éventualité de séquelles épileptiques cliniques a été observée

trois fois sur 36 malades non épileptiques avant l'intervention. La présence d'anomalies paroxystiques mineures à l'électro-encéphalogramme, sans traduction clinique, a été notée dans cinq autres cas.

(*Travail du Service de neuro-chirurgie de l'hôpital Lariboisière et du Laboratoire de physiologie et de psychologie neuro-chirurgicales de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, Docteur* J. Le Beau).

REFERENCES

1. Gaches (J.). — Résultats thérapeutiques des interventions corticales préfrontales limitées dans le traitement de certains syndromes douloureux dits irréductibles. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1952, 28, n° 90.

2. Le Beau (J.). — Psychochirurgie et fonctions mentales, 1 vol., Masson et C^ie^ éd., Paris, 1954.

PSYCHOTHERAPIE ET EVIDENCE

PAR

Jean CARRÈRE

Depuis fort longtemps, les observateurs les moins avertis ont été étonnés de constater la méconnaissance du comportement d'un sujet par ce sujet lui-même. Bien souvent, la conscience d'un comportement analogue chez le voisin n'éveille qu'un intérêt limité, quand ce n'est point le sentiment d'une absence d'analogie totale. Ce sont là truismes de tous temps formulés, et les proverbes viennent aisément à l'esprit.

Il n'en demeure pas moins que le fait existe et que la plupart des systèmes psychologiques ont abordé plus ou moins ce problème, sans pour cela le résoudre de façon satisfaisante sur le plan psychothérapique.

Le domaine de la pathologie mentale fournit de multiples exemples de cette méconnaissance du comportement réel par le sujet. Si, dans bien des cas, l'altération du psychisme de l'individu peut expliquer son comportement pathologique, dans d'autres cas, le retour à une lucidité normale devrait permettre une modification de la conduite du sujet. Dans bien des cas, il n'en est rien ; dans des cas favorables, une aide et des conseils médicaux pourront redresser la tendance au moins dans une certaine mesure. Si les existentialistes ont particulièrement insisté sur l'absurdité des actions humaines, ils ont magnifiquement exprimé combien l'homme est amené à répéter machinalement chaque jour les mêmes actes, comme il n'en prend conscience que par lassitude et n'évolue plus que grâce à une réaction d'éveil salvatrice apparue dans les cas favorables ; dans les autres cas, cette lassitude n'entraîne pas de réaction et le sujet continue sa vie monotone. Cette dernière tendance extrêmement répandue influe selon nous fortement sur l'évolution du milieu, en général par la stagnation dans un conservatisme dû à l'indifférence chez le

plus grand nombre, et une évolution sociale dans l'ensemble fort lente ; corrélativement, on peut même douter d'un progrès humain quelconque sur le plan psychologique, artistique et moral. Les tenants du « stéréotype dynamique » de Pavlov ne devraient point s'étonner de ces constatations d'ensemble et reconnaître que nous sommes conditionnés avant de penser. Cependant, le conditionnement entraîne un certain déterminisme dont le sujet ne peut s'évader que par une rupture d'équilibre due à des mesures exceptionnelles et violentes ; nous croyons pouvoir assimiler ce fait physiologique à la conception psychologique existentialiste de la réaction d'éveil après la lassitude. L'étude de l'évidence permet de retrouver sous des formes diverses ces conceptions théoriques.

Il serait peut-être nécessaire de définir l'évidence. Si nous nous en tenons au sens courant, la définition ne présente pas de difficulté ; évidence : clarté que présente la vérité à l'esprit ; selon Descartes : « C'est une chose très évidente qu'il doit y avoir pour le moins autant de réalité dans la cause que dans son effet. » Cependant, sans discuter les multiples problèmes psychologiques de la conscience et de la vérité, nous inclinons à penser avec Pascal et les écoles psychologiques récentes qu'il y a un grand nombre de vérités, de foi et de morale...

Définir la psychologie de l'évidence, son intérêt psychothérapique, son intérêt social est l'objet de ce mémoire ; l'évidence dont je vais parler s'est présentée à moi empiriquement et je convie le lecteur à suivre le cheminement objectif de ce concept progressivement développé jusqu'à la clarté que présente la vérité à l'esprit. Il est difficile pour l'instant de dire quelle clarté et quelle vérité.

Que la notion d'évidence soit une donnée empiriquement définie, et au début empiriquement appliquée en psychiatrie, ne saurait étonner de la part d'un médecin armé des seules données de la clinique. L'apprenti psychiatre est d'emblée frappé des mondes apparemment déréels qui sont le fait des malades mentaux, de la contingence de ces mondes, de leur variabilité et, partant, de l'apparente mauvaise foi du malade mental en général ; c'est là le résultat de la notion purement subjective de la vérité, notion essentiellement diverse chez les malades, et bien souvent si nuancée chez le normal qu'elle risque encore de n'être pas admise sans difficulté par tous. C'est ainsi que la vérité n'est pas une vérité rigide et valable pour tous, elle varie avec les milieux et les individus, elle varie avec le temps. Mais, cependant, la vérité

du moment est sentie par un individu donné et par cet individu seulement avec cette clarté que présente la vérité à l'esprit. La psychothérapie par l'évidence tendra à restituer à tel ou tel individu sa vérité, aussi totale que possible, d'un moment déterminé de son existence. Ce phénomène subjectif devra lui être restitué de façon objective ; c'est un acte *à priori* des plus difficiles et pourtant les résultats dans l'ensemble en sont satisfaisants. Peut-être ce détour paraîtra-t-il éluder la difficulté terminologique.

Les faits d'expérience

Ils reposent sur un postulat : si certains troubles psychiques sont subis ou ressentis par le malade comme un état d'apparition fortuite, dans l'étiologie desquels n'intervient aucune responsabilité apparente, il en est d'autres pour lesquels le sujet paraît plus nettement responsable, dont la disparition de la cause doit entraîner la guérison ; le cas est net dans les toxicomanies. En l'occurrence, les faits d'expérience furent les états de delirium tremens alcooliques. Ces états, comme chacun sait, se manifestent par une agitation confuso-onirique de plus ou moins longue durée (de quelques heures à plusieurs jours), généralement suivie d'un retour au calme et à la lucidité, mais s'accompagnant de l'amnésie la plus complète de la période confuso-onirique ; parfois, le malade a quelques réminiscences, mais c'est un fait exceptionnel.

Ce phénomène s'apparente à l'oubli assez rapide des idées délirantes émises lors de l'arrivée à l'établissement psychothérapique par certains déprimés mélancoliques, certains persécutés, voire même à l'oubli de leur agitation par certains maniaques, souvent enclins, après la guérison de leurs troubles, à minimiser les circonstances de leur entrée en traitement et à reprocher à leur entourage de façon véhémente la mesure de placement dont ils ont été l'objet.

Dans ces différents cas, il sera utile, en des buts psychothérapiques divers, de faire revivre aussi nettement que possible, par les malades, les faits survenus à leur arrivée à l'établissement. Nous provoquerons, dans les cas où le conditionnement est le plus net et le plus fort apparemment (delirium tremens), une réviviscence aussi forte et traumatisante que possible de l'état à l'entrée. Il est illusoire de croire que le fait d'avoir vu des malades dans un état analogue au leur, d'avoir entendu des propos

délirants analogues à ceux qu'ils ont tenus eux-mêmes, peut avoir une valeur pour les malades devant qui on les évoque, qu'ils peuvent ainsi guérir ; à ce compte-là, les hôpitaux psychiatriques devraient être vides. Montrer un delirium tremens à un alcoolique ne l'empêchera pas de s'alcooliser à nouveau s'il est livré sans aide à lui-même. C'est que l'expérience d'autrui ne compte pas ; seule, l'expérience vécue a une valeur ; nous devons proposer de façon évidente une expérience vécue au sujet. Affirmer à un délirant déprimé qu'il tenait tel ou tel propos est aussi bien souvent illusoire, d'autant que, même avec l'aide d'un magnétophone, le malade peut douter de l'authenticité des propos entendus, ne reconnaissant pas sa voix. Il est bon, bien souvent, de lui faire enregistrer sciemment quelques phrases et de les lui faire entendre avant les propos témoins de ses troubles pathologiques.

En ce qui concerne les comportements perturbés, le film cinématographique est la méthode la meilleure ; si l'acquisition d'une bonne technique proprement cinématographique n'est pas à dédaigner, dans la pratique il suffit que le malade se reconnaisse, et il se reconnaît toujours ; il est même préférable d'éviter un éclairage trop intense lors de la prise de vue, qui pourrait éblouir ou effrayer le malade. Si le film est un peu gris, il gagne en naturel ce qu'il perd en qualité technique.

Nous présentons donc au malade redevenu lucide une image de son comportement morbide. Au début, nous avons craint qu'il ne se refuse à admettre cette image comme étant sienne, en raison des modifications apportées à son aspect par la maladie ; nous nous souvenions que, devant certaines photographies, nous avons parfois de la peine à reconnaître un de nos familiers, ou nous-même, l'image que nous voyons étant loin de correspondre à l'image idéale que nous nous faisons de nous ou de nos proches. Nous éprouvons, avec Camus, cette « incalculable chute devant l'image de ce que nous sommes ». Tout cela contribue à une évidence, à une vérité traumatisante dans un état normal, encore plus traumatisante dans ce que nous appelons un psychochoc ; et nous avons vu avec Pavlov que, pour rompre un conditionnement entraînant un certain déterminisme, il faut provoquer des mesures exceptionnelles et violentes.

Il est certain que le conditionnement est fortement déterminé par l'habitude, le milieu, la propagande, les mœurs, et peut-être des facteurs héréditaires. Le psycho-choc provoqué par l'évidence d'un comportement pathologique tire sa puissance cathar-

tique de l'opposition entre la complaisante image idéale de lui-même, à laquelle il croit, et cette image effrayante d'un comportement bouleversant et incompréhensible, oublié, et pourtant indiscutablement vécu. C'est la fin d'une pseudo-évidence plus ou moins narcissique, plus ou moins sado-masochiste, toujours plus complaisante que l'évidence, une prise totale de conscience ; le miroir intérieur est détruit, tout est balayé par l'intensité de l'évidence (cf. Borel, « Le déséquilibre psychique ») (1).

Tel qu'en lui-même enfin... il se retrouve, avec la sensation d'un dépouillement complet, accablé et prêt, à ce moment, à suivre le psychothérapeute sans arrière-pensée, heureux de trouver une aide en ce désarroi. Cette aide ne s'appuie à son tour que sur des faits aussi peu discutés que possible (cf. Borel, *ibid.*) (2) : « Ce que vous voyez est le passé, tout cela est fini, et, si vous le voulez, ne se reproduira pas ; actuellement, vous êtes bien et vous demeurerez ainsi. » Dès le désarroi apparaît la lumière rassurante. Le traumatisme a été violent, le risque évalué justement et le sujet reprend souffle pour un nouveau départ. A l'anxiété a succédé le calme. Cette évidence individuelle a suscité la peur, mais une peur rétrospective et génératrice d'un élan salvateur ; l'anxiété a disparu avec l'explication.

L'épreuve a été rude, il a fallu se cramponner solidement pour en laisser voir le moins possible : quelques rougeurs, parfois quelques pâleurs, quelques larmes, parfois un départ avant la fin de la brève séance, et presque toujours le refus de revoir le film.

(1) Borel, *Le déséquilibre psychique :* « On ne démontre pas avec la logique qu'il fait jour ou qu'il fait nuit, qu'il fait chaud ou froid, etc. ; on le voit, on le sent, on le comprend, et c'est aussi vrai qu'un raisonnement. C'est, si l'on veut, une logique d'emblée et immédiate. Il en est de même dans l'ordre des choses morales ; il faut y accepter des vérités de fait, des évidences extra-rationnelles. »

(2) Borel : « L'incorrigibilité ordinaire et foncière de la nature humaine... A peu d'exceptions près, nul ne se corrige ; les écrivains l'ont dit dans tous les temps, dans toutes les langues, sous toutes les formes. La corrigibilité ne peut appartenir qu'à un petit nombre d'êtres, entretenus par on ne sait quelle tendance idéale dans le goût de la perfection personnelle. Le commun des mortels ignore ce souci, ou ne le connaît que par ouï-dire. Pour se corriger, il lui faudrait d'ailleurs au préalable une connaissance de ses défauts qu'il n'a généralement pas. Chacun trouve bien ce qu'il fait, ce qu'il dit et ce qu'il aime. Il ne peut en effet juger que par lui-même, c'est-à-dire d'après ses façons de sentir, qui sont exclusivement personnelles et donnent les termes du jugement. »

La Bruyère a dit : « Les hommes changent leurs habits, leur langage, les dehors, les bienséances, ils changent de goût quelquefois, ils gardent leurs mœurs toujours mauvaises. »

Ce rôle traumatisant de la technique psychothérapique en général, quelle que soit la méthode employée, paraît nécessaire à la guérison : un conditionnement aussi déterminé ne peut se détruire qu'à ce prix. De toutes façons, le malade a payé et, en notre cas, le « psycho-choqué » a un comportement analogue à celui de l'analysé, dont la guérison, « toute contingence exclue », n'apparaît que lorsque l'effort a été suffisant. En notre psychothérapie, le « psycho-choqué » estime avoir payé son tribut, un tribut suffisant, il peut guérir. Il éprouve une revalorisation intime et, dans tous les cas, a le sentiment d'une revalorisation devant ses proches ; bien souvent, il accepte ou propose la projection du film devant sa femme, ce qui, dans la toxicomanie alcoolique, permet de lutter contre le préjugé du vin stimulant et nécessaire dans l'entourage le plus proche.

La complaisance envers soi-même, source de mollesse et d'absence de réactions, disparaît pour un temps, variant avec chaque sujet, en fonction d'un nouveau style de vie ou du retour au style de vie antérieur. La psychologie de l'évidence détermine donc une nouvelle forme de psychothérapie.

Caractères de la psychothérapie par l'évidence

La psychothérapie par l'évidence est une psychothérapie majeure au sens de Mira ; c'est en effet une psychothérapie profonde qui agit sur la structure individuelle propre au malade et le perfectionne ; elle a cependant, de par son mode d'action, de nombreux caractères attribués aux psychothérapies mineures.

C'est en un certain sens une psychothérapie suppressive, tour à tour : terroriste, suggestive, exhortante, persuasive, explicative, autoritaire.

A sa phase ultime, elle prend un caractère lénifiant ; le sujet, pris en plein désarroi, a besoin d'aide, de soutien moral. Cette psychothérapie est très brève, car elle fait appel à l'évidence du nouvel état, et le sujet l'accepte, ne discute pas ; d'emblée, les conflits disparaissent, il comprend, il ne s'oppose plus, il agira en fonction du psychothérapeute et de l'assistante sociale, charge à eux de lui proposer la solution la meilleure, qui n'est malheureusement que la moins mauvaise en général. En quelques instants, elle est devenue une psychothérapie de consolation, d'espoir, d'optimisme, alors qu'elle venait d'être une psychothérapie d'intimidation : si vous ne réagissez pas, cela reviendra, cela sera pire et je vous le prouve ; et, par là, elle devient une

psychothérapie de compréhension explicative : ne te nuis pas à toi-même.

Car cette psychothérapie par l'évidence est par essence illuminante.

Cette forme de psychothérapie a donc beaucoup d'analogies avec les différentes psychothérapies ; le contraire serait impossible, car toutes font appel plus ou moins à l'objet de notre propos : l'évidence, mais évidence moins directement saisissable.

Le mode de psychothérapie que nous proposons tire sa plus grande originalité de son « objectivité subjective », ainsi que nous l'avons déjà signalé, objectivité subjective de faits transitoires, étapes d'une vie en règle peu changeante, peu renouvelée, monotone.

La psychologie de l'évidence apporte une meilleure appréhension des possibilités d'évolution humaine, et permet de transformer dans une mesure importante un individu en dépit de l'influence néfaste du milieu. Elle permet d'envisager l'intégration de plus en plus fréquente d'hommes sains ou devenus sains dans une société malsaine et. par là même, d'aider à l'amélioration d'une société donnée, si on admet qu'une société ne peut être qu'à l'image des hommes qui la composent.

La psychothérapie par l'évidence devra aider le sujet et collaborer avec lui au cours des différentes étapes du nouveau style de vie ; elle aura pour elle différents éléments de base :

1° Pas de préoccupations matérielles inhibitrices, à l'inverse des psychothérapies analytiques.

2° On confie aux organismes d'assistance sociale un sujet prêt à accepter toute aide et foncièrement désireux de collaborer.

3° La rapidité ; en ce qui concerne l'alcoolique en état de delirium tremens :

quatre minutes pour filmer,
quatre minutes de projection,
quatre minutes de commentaire,
sans aucune thérapeutique (du type médical couramment admis : apomorphine, antabus...).

Une aide des autorités sanitaires devrait permettre la généralisation de la méthode dont les résultats dans la psychothérapie des delirium tremens, en dépit d'une post-cure insuffisante, atteignent pour un début de série bénéficiant d'un recul suffisant :

66 % d'abstinents complets,
19 % de douteux assez satisfaisants,
14 % de rechutes.

Le succès de la psychothérapie par l'évidence dans l'alcoolisme au stade du delirium tremens tient au caractère même de l'alcoolique entraîné par l'entourage et son conditionnement à répéter chaque jour sa vie d'alcoolique et son geste d'alcoolique. L'alcool lui permet d'éviter d'assumer son existence et par là le rend irresponsable de ses actes jusqu'au jour où survient une réaction d'éveil de type divers et d'intensité variable. Le psychochoc l'oblige à reconnaître ses actes comme lui appartenant, à les assumer : il devient responsable de ses actes.

Technique

Les principes de base se dégagent de l'idée générale de ce travail. Pratiquement, la technique variera suivant le malade. Chaque cas peut, en fait, être ramené à quelque conduite de base. Il serait simpliste de penser éviter toute variation ou divergence dans la technique. Notre principe général se retrouvera dans les diverses modalités d'application de la méthode.

Dans un but de schématisation et de simplification, nous distinguerons deux conduites principales : l'une à dominante verbale, l'autre à dominante motrice. Il faut toutefois être bien persuadé des multiples expressions communes à ces deux conduites ; le malade mental n'étant en général ni strictement verbal en l'expression clinique de son trouble pathologique, ni strictement moteur, diverses combinaisons et modalités pourront se rencontrer, de même que chez l'individu normal où l'expression des émotions peut se borner à être surtout verbale ou se traduire par un comportement moteur.

1° *Conduite pathologique à dominante verbale*

Les propos doivent être enregistrés (par magnétophone) dans les conditions matérielles les plus discrètes. Le sujet ne doit pas soupçonner l'enregistrement de ses propos délirants, ni même de ses confidences les plus intimes au médecin. L'élimination de tout bruit parasite dû à l'appareil s'impose et permet d'obtenir le meilleur climat. L'examen du malade aura lieu dans les conditions matérielles d'ambiance visant au même but : climat de quiétude et de silence. Le silence dans la pièce est un élément

techniquement très important pour obtenir un bon enregistrement. Il faut de plus être seul avec le malade, pour éviter les perturbations émotives provoquées par la présence de tiers, ainsi que les réactions souvent inopportunes et catastrophiques lors de l'expression de confidences en général pénibles (bâillement, murmures). On élimine ainsi les attitudes inadaptées, allant de l'indifférence au sourire ou même au rire, ressenties par le malade comme une preuve d'hostilité ou un manque de compréhension. Tous les malades ne sont pas des exhibitionnistes moraux et ne s'accommodent pas en cette matière plus particulièrement du laisser-aller que peut revêtir une médecine sociale à la chaîne et un peu trop expéditive.

Les collaborateurs doivent être éduqués dans le sens de la discrétion et respecter l'accomplissement confidentiel de ce travail. En des services surchargés, le médecin, maître Jacques de la psychiatrie, est assailli souvent de problèmes multiples, d'urgence différente, depuis l'incident dramatique jusqu'aux obligations administratives.

Si cet examen doit se faire dans le calme et seul avec le malade, en cet éternel colloque singulier, il implique cependant des collaborateurs. Faire parler le malade, le bien écouter pour bien enregistrer doit être le seul souci du médecin. Il ne doit avoir aucune sujétion mécanique ou technique. L'enregistrement doit pouvoir être commandé d'un geste anodin, l'appareil enregistreur placé dans une pièce voisine, contrôlé par un manipulateur averti, préposé au changement de face du disque (nominativement répertorié) avec toute la célérité désirable. Le nombre de disques nécessaires pourra varier pour chaque malade. Une véritable discothèque pathologique sera mise en réserve pour le traitement ou l'édification du malade et de son entourage au moment opportun. Avant de faire écouter le malade, il faudra lui faire enregistrer quelques phrases délibérément, pour lui permettre d'authentifier sa voix lorsque le disque pathologique passera.

On voit que le côté scientifique et documentaire, ou le côté didactique pourtant indiscutable, ne sont pas envisagés ici.

Si j'ai exposé par le menu les difficultés à surmonter, les maladresses à éviter, c'est qu'en quelques essais je les ai rencontrées, et que pour le moment la charge du service ne m'a pas permis de mener à bien ce genre de psychothérapie par l'évidence.

Les indications sont cependant nombreuses : on peut envisager son utilisation à l'égard de certains délirants, déprimés mé-

lancoliques, persécutés réticents dont on envisage la sortie, les mythomanes, certains névrotiques à réactions caractérielles, peut-être même quelques déséquilibrés psychiques.

2° *Conduite pathologique à dominance motrice*

Nous envisageons surtout les états dont le comportement pathologique retient l'attention, soit par son incohérence, soit par son agitation plus ou moins clastique, soit par la motivation pathologique des attitudes, etc...

Les difficultés seront plus ou moins grandes suivant que nous traiterons des sujets lucides (les délirants chroniques par exemple), souvent méfiants et interprétants, ou des confus assez facilement rassurés par quelques propos et surtout rapidement amnésiques. Le premier groupe pose des problèmes pratiques difficiles. Tous ces malades de conduite pathologique à dominante motrice nécessitent non plus un enregistrement phonique, mais un enregistrement cinématographique. Chez les lucides, l'enregistrement d'actes fortuits est très difficile ; depuis des mois, par exemple, nous voulons filmer un pervers sexuel dont un des actes principaux consiste à se rouler dans ses excréments avant d'arriver à l'orgasme ; chaque fois, un sentiment de honte le pousse à une toilette rapide et l'opérateur arrive toujours trop tard. Il faudrait être constamment aux aguets et, en ce cas si fortuit, nous sommes à peu près sûrement déjoués. Nous ne pouvons d'ailleurs que distraire partiellement de son travail habituel le collaborateur avisé que nous avons pu spécialiser dans la prise de vues cinématographiques et leur projection. Bien souvent, il faut le chercher dans un des dix pavillons du service... Dans d'autres cas, tout aussi fortuits, il faudrait passer des heures entières pour filmer l'instant caractéristique et presque obtenir la complicité des autres pensionnaires. Si cette technique s'avère en ces cas d'application délicate pour des raisons matérielles, dans les états d'agitation motrice confuso-onirique, de caractère moins limité dans le temps, elle est beaucoup plus aisée. Des résultats psychothérapiques incontestables sont à l'actif de la méthode en ce qui concerne les délires alcooliques confuso-oniriques, plus généralement connus sous le terme de delirium tremens et de délire subaigu.

Dans les états confuso-oniriques, il faut pratiquer un enregistrement cinématographique aussi conforme à la réalité que possible, sans truquage, sans aide apparente du personnel, afin que le malade guéri de sa phase d'agitation ne puisse estimer que

son comportement lui a été suggéré ou commandé. Le personnel devra s'effacer, l'éclairage d'appoint parfois nécessaire réduit au minimum. Le local devra être clair, le malade vêtu de vêtements peu foncés. Jusqu'à maintenant, nous avons filmé ou fait filmer en pénétrant directement dans la chambre d'isolement ; ce n'est pas une bonne technique : l'agitation onirique est souvent modifiée par notre présence. Une modification est prévue à notre pratique : elle consistera à filmer le sujet sous un angle de prise de vues légèrement plongeant, de l'extérieur de la pièce, grâce à une sorte de hublot d'ouverture silencieuse, situé à environ deux mètres du sol. De là, on pourra balayer l'ensemble de la pièce d'isolement. Un appareil à mise au point variable et semi-automatique serait aussi très utile. Quoi qu'il en soit, les enregistrements déjà effectués sont suffisants et donnent des résultats satisfaisants sur le plan psychothérapique.

Dès qu'un malade est hospitalisé en état confuso-onirique avec l'agitation classique, nous le filmons ; s'il y a seulement quelques signes prémonitoires de delirium, nous laissons évoluer jusqu'à ce que le malade ait atteint le stade nécessaire pour obtenir le document utile à sa psychothérapie ultérieure. La guérison rapide des agitations confuso-oniriques alcooliques prises à leur extrême début légitime à notre sens cette attitude. Dès le film pris, la thérapeutique des états confuso-oniriques alcooliques est appliquée ; elle comprend le traitement d'attaque habituel (vitaminothérapie, alcoolothérapie intraveineuse, ou électrotroc, etc...), sur lequel nous n'insistons pas. La crise de delirium tremens passée, le malade reçoit une thérapeutique générale visant à une remise rapide en bon état général ; deux à trois semaines suffisent, et l'unique séance psychothérapique par l'évidence a lieu ; chez l'ancien delirium tremens, c'est le psychochoc cinématographique dont nous avons parlé ; dans les trois jours, le malade fait l'objet d'une sortie d'essai, avec reprise du travail sous quinze jours. Nous gardons donc le malade quelques jours après le psychochoc, afin d'analyser et d'observer son comportement fait d'un peu de repliement sur lui-même, puis de crânerie devant le copain ; la réadaptation est rapide. Nous avons supprimé les thérapeutiques de déconditionnement classiques actuellement (apomorphine et antabus) ; le malade est remis dans le circuit de la vie courante, encadré dans la mesure du possible par le service social de l'établissement, qui cherche surtout à lui procurer le travail nécessaire et à améliorer les conditions familiales ; c'est le problème habituel de la post-cure.

Nous avons distingué schématiquement les deux formes de psychothérapie par l'évidence : psychochoc phonique et psychochoc cinématographique ; leur séparation, cependant, est trop arbitraire et bien souvent on éprouvera le besoin d'associer ces deux procédés ; cela doit être facile si les conditions nécessaires sont réalisées ; la maniabilité des différents appareils permet de l'envisager.

Lors de ce psychochoc, on pourrait se demander si une certaine mise en scène ne serait pas utile ; nous ne le croyons pas, la technique se suffisant à elle-même. De même, à l'instar de certains procédés d'enquête récents (photo-robot), on pourrait se borner à faire un montage au cours duquel quelques images bien venues du patient seraient suivies d'autres empruntées à quelques délirants bien typiques. Mais le procédé paraît dangereux, car, en cas de « fuite » relative à cette technique, le malade perdrait toute confiance en son médecin, et témoignerait de la plus grande incrédulité ; par ailleurs, même si le secret était bien gardé, pourraient apparaître des éléments de doute sur l'authenticité des images lors de la projection.

Au cours de notre exposé, nous avons vu la nécessité de l'expérience vécue ; en dépit de cela, nous avons parfois présenté quelques films de delirium à des alcooliques chroniques que nous voulions engager par cette méthode facile à la tempérance. La projection a été dans l'ensemble suivie avec intérêt, mais sans aucune des réactions habituelles au psychochoc ; même quand il s'agissait de compagnons côtoyés dans le service, c'était aussi peu efficace que la lecture des faits divers relatant les méfaits d'alcooliques. Ce genre s'apparente trop à une technique moralisatrice.

Application au cours de la post-cure

La psychothérapie de l'évidence, logique d'emblée, indiscutable de par sa nature, peut rendre de grands services dans la post-cure, en cas de début de rechute, lors des consultations de dispensaire. Suivant le cas, elle invigore le malade, ou éclaire l'entourage sur ses devoirs. Elle peut aussi montrer nettement le caractère irréductible de l'entourage, témoin cette femme garde-barrière se refusant à reprendre son mari et à l'aider à sa sortie, alors que les conditions les plus favorables se trouvaient réunies : guérison, contrition, et assurance d'une reprise de travail immédiate.

Critique de la méthode

La critique la plus sérieuse est celle qui consiste à attribuer à la psychothérapie par l'évidence une valeur purement symptomatique et lui reproche de ne pas avoir une action en profondeur et générale.

Une telle critique s'appliquerait par exemple au cas du pervers sexuel dont nous parlions plus haut ; encore faudrait-il admettre qu'il n'y ait pas repliement du sujet sur lui-même et réactions ultérieures susceptibles de l'amener, conformément à notre théorie de base, à renverser son conditionnement, ou à dominer ses pulsions instinctives, même au prix de quelques refoulements.

En de tels cas, on peut craindre une forte réaction anxieuse et des conséquences. Une surveillance ultérieure attentive du sujet paraît nécessaire pendant une période indéterminée.

De même, l'alcoolisme, pour beaucoup d'auteurs, traduit avant tout une névrose ; la guérison du symptôme n'implique pas la guérison de la névrose. Il est facile de rétorquer que la guérison de l'alcoolisme en l'occurrence est le but initialement recherché en ces états de delirium. C'est aussi méconnaître le rôle important de l'entraînement tant professionnel que social dans cette toxicomanie, le propre du psychochoc étant de balayer avec force toute une série de convictions solidement établies par le milieu social et de permettre une adaptation nouvelle au milieu.

Le traitement des tendances profondes relèvera alors, suivant le cas, de psychothérapies de complément qu'antérieurement on n'aurait même pas pu envisager ; une psychothérapie analytique est en particulier d'installation difficile et de résultats bien décevants dans certaines formes d'éthylisme chronique, celle de l'éthylique satisfait, qui refuse de se traiter, par exemple, et que notre technique seule permet d'appréhender au cours d'un delirium tremens.

Conclusions

Les techniques faisant appel à la psychologie de l'évidence ont un intérêt plus général que celui de la pathologie mentale. Si elles permettent l'amélioration de cas mentalement pathologiques, elles peuvent contribuer à un perfectionnement de l'individu, soit par l'approche meilleure du nostalgique et insaisissable « connais-toi toi-même », soit surtout en permettant une

auto-critique sans défaillance, ni complaisance de son œuvre ; je pense, par exemple, au chirurgien qui verrait défiler le film intégral de l'intervention qui lui a paru la plus délicate parmi celles qu'il a effectuées ; même dans des interventions coutumières, ce pourrait lui être une source d'enseignement, car il revivrait ses difficultés ou ses satisfactions opératoires, et peut-être s'armerait-il progressivement mieux. Un tel exemple n'a qu'une valeur symbolique : en art, tout aussi bien, la question doit se poser fréquemment, en art dramatique ou chorégraphique... Sans faire un retour sur le début de l'article, nous pouvons affirmer que le film d'un psychodrame devrait apporter un enseignement aux participants.

Le conférencier, l'orateur, l'homme public pourraient en tirer une utilité et tendre vers cette perfection apparente, objet de leur ambition. La perfection réelle pose un autre problème : il faudrait qu'un proche dévoué, ô combien ! déclenche au moment opportun le magnétophone enregistreur, ou l'appareil de prise de vues. Le burlesque de certaines scènes de l'intimité familiale apparaîtrait. L'odieux de la recherche vaine des « pantoufles à papa » se traduirait certainement par un refus d'en voir ou d'en entendre davantage. Il faudrait beaucoup de courage pour accepter, dans le quotidien, de vivre face à sa propre image. Nous ne nous regardons jamais vraiment dans une glace.

Les applications de la psychologie de l'évidence ne sont possibles que dans des cas déterminés et pour un temps limité. Il n'en est pas de même en certains domaines, tel celui de la recherche scientifique ou artistique, qui est de rendre sensibles et évidentes les vérités cachées derrière les apparences. Les grandes découvertes paraissent en général simples et lumineuses, elles rendent concrètes des données éparses, et, renversant notre propos, l'artiste rend en son œuvre objectif le subjectif. L'évidence n'est à notre sens qu'une subjective objectivité, ou une objective subjectivité.

LES NEVROSES ET LES PSYCHOSES DU POST-ABORTUM LEUR IMPORTANCE ET LEUR FREQUENCE

PAR

Paul ABÉLY

Il y a pas mal d'années déjà, arrivait dans mon service une jeune malade de province. Elle avait 25 ans et depuis quatre ans elle était atteinte de troubles mentaux. Ceux-ci ressemblaient beaucoup à une schizophrénie. Si bien que l'intéressée avait subi toute la série des thérapeutiques appliquées alors à ce syndrome : cure de Sakel, pyrétothérapie, cardiazol, électrochocs, etc... Aucune n'avait été efficace et les longs séjours en maison de santé privée avaient peu à peu épuisé les ressources familiales.

Ce fut dans ces conditions que Mlle X... échoua à l'hôpital psychiatrique.

On ne retrouvait dans son hérédité aucune fragilité mentale connue et dans son propre passé aucune notion d'atteinte infectieuse ou traumatique (pas d'antécédents d'ictère, de tuberculose, de rhumatismes articulaires aigus, d'atteintes neurotropes), aucun conflit affectif évident. D'ailleurs, jusqu'à 21 ans, son comportement n'avait jamais attiré l'attention. Et, cependant, on retrouvait bien chez elle les signes classiques d'hébéphrénie : barrages, discordance, troubles du cours de la pensée, affectivité paradoxale, brusques réactions impulsives, ironie morbide, maniérisme, incurie, hostilité familiale. A chaque période prémenstruelle (car Mlle X... était assez bien réglée), elle passait par une phase d'agitation violente d'allure catatonique. Quelques traitements hormonaux appliqués dans la période préovulaire ou prémenstruelle furent inopérants.

Ann. méd.-psych., 114e année, t. I. — Mars 1956.

Les renseignements de la famille n'apportèrent aucune indication utile, des suppositions, mais pas de précisions. Les parents précisaient la conduite irréprochable de leur fille, d'ailleurs avec une sincérité absolue, et avaient même quelque tendance à se fâcher quand on insistait trop dans ce domaine.

Un jour cependant, au cours d'un prélèvement de frottis vaginaux, il m'apparut que la virginité de la malade était un peu moins certaine ; c'est ce que confirma un examen gynécologique plus précis.

Et c'est ainsi qu'en désespoir de cause et sans grande conviction, je pratiquai chez elle, dès la prochaine période préovulaire, une pneumo-encéphalographie à l'oxygène. Il s'ensuivit une amélioration nette, mais transitoire.

Un mois plus tard, à une nouvelle phase du cycle, toujours immédiatement post-menstruelle, je renouvelai l'injection gazeuse intrarachidienne selon ma technique habituelle et la faisait suivre, une semaine plus tard, d'un électrochoc quotidien pendant trois jours.

Mlle X... retrouva toute son intégrité mentale et quitta le service trois mois après son entrée.

Puis, je la perdis de vue pendant plusieurs mois, lorsqu'un certain jour, à l'occasion du début de l'an, je la vis arriver alors dans mon cabinet, souriante, enjouée, et porteuse d'une superbe boîte de cigares à mon intention. Elle venait ainsi me témoigner sa reconnaissance. J'appris qu'elle avait repris sans difficulté des études supérieures et je ne pus que la remercier de sa visite. Mais l'idée me vint d'insister et de lui dire : « Je suis très touché de votre aimable geste, néanmoins il y aurait autre chose encore qui compléterait utilement ma joie, ce serait de me dire en toute franchise si vous n'avez pas fait, un certain jour, une fausse-couche. Soyez sûre que les murs de ce cabinet sont impénétrables à toute indiscrétion. » C'est alors qu'après quelque hésitation, elle me répondit : « C'est exact, et je me demande si ce n'est pas ce qui m'a rendu malade. Mes parents n'en ont jamais rien su, car cela se passa chez une amie pendant les grandes vacances. C'est trois semaines après environ que j'ai dû entrer en maison de santé, il y a 4 ans 1/2. J'avais un retard de règles d'un peu plus de deux mois. »

Cette confidence fut pour moi une révélation, la confirmation de ce que j'avais supposé, et surtout cette documentation demeura définitivement gravée dans mon esprit. Je devais par la suite la vérifier maintes fois, dans une proportion bien supérieure

à celle que j'avais tout d'abord supposée. *J'en suis peu à peu arrivé à estimer que, parmi les sujets du sexe féminin de 18 à 45 ans présentant des troubles mentaux plus ou moins atypiques, on peut découvrir dans près de 30 % des cas une étiologie abortive.* Il faut la rechercher, systématiquement et obstinément, pour la découvrir.

Il est à peu près impossible d'en obtenir de l'entourage l'aveu spontané. Le plus souvent, non seulement, cet entourage dissimule l'incident médical, mais même, s'il devine quelque soupçon, il tente d'égarer le praticien en invoquant des étiologies filandreuses. La malade, si elle est relativement consciente, adopte la même attitude. Ces réticences s'expliquent par la peur de la sanction pénale, par celle des représailles d'un mari, d'un amant longuement absent, par la crainte de compromettre la bonne réputation d'une jeune fille à marier. D'autres fois, il s'agit d'un inceste ou d'un viol, qu'on veut taire. Les parents, eux-mêmes, peuvent enfin ignorer l'événement.

S'il est plus aisé d'obtenir le renseignement d'un avortement spontané, souvent cependant cet aveu de fausse-couche provoque chez beaucoup un sentiment de mauvais aloi et de gêne qui les rend aussi réticents.

Il faut quelquefois user d'arguments péremptoires, ou faire appel au sentiment d'une très grave responsabilité encourue pour obtenir la confirmation de cet accident obstétrical.

Il m'est fréquemment arrivé de le recueillir après plusieurs mois de résistance et de doute.

Il a donc fallu, dans la majorité des cas, pour aboutir au renseignement désiré, mettre la malade ou la famille en face de preuves devant lesquelles elle ne pouvait plus se dérober.

Trois de celles-ci ont une valeur capitale : 1° *Tout d'abord, la présence et la persistance d'une sécrétion lactée,* qu'il faut savoir chercher en saisissant et en pressant énergiquement l'ensemble de la glande et en remontant progressivement jusqu'à l'extrémité de l'aréole. Il arrive très souvent que cette sécrétion persiste plusieurs années, quatre ou cinq et parfois plus après l'avortement (car, en général, dans de tels cas, on ne prend jamais les précautions habituelles pratiquées après un accouchement normal) ; pour que cette recherche garde toute sa valeur, il faut que la sécrétion retrouvée soit bilatérale. 2° *Ensuite, une irrégularité, une profonde modification des règles,* qui ne s'était jamais manifestée autrefois et qui peut aller jusqu'à l'aménorrhée. 3° *Enfin, l'examen des frottis vaginaux* et, si besoin est, la

biopsie endométriale montrent des anomalies cellulaires, analogues, aussi marquées, sinon plus marquées que dans les psychoses du post-partum.

Voici un nouvel exemple apte à illustrer ces considérations. Depuis plusieurs années, je suivais une jeune femme de 32 ans, fonctionnaire, célibataire, pour un état asthénique profond avec graves paroxysmes anxieux et dysménorrhée, ensemble qui la gênait beaucoup dans l'exercice de sa profession. Toutes les drogues classiques essayées apportèrent des améliorations très transitoires. Un certain jour, voulant contrôler sur ses seins l'effet local d'une thérapeutique à base de folliculine, je découvrais l'existence d'une discrète sécrétion lactée. Devant mon étonnement et aussi mon regard fort mécontent, elle consentit enfin à m'avouer une fausse-couche remontant à quatre ans. Un traitement, fait surtout d'injections de gonadotrophines chorioniques, rétablit rapidement son équilibre mental et nerveux, guérison qu'elle aurait obtenue bien avant avec un peu plus de confiance et de franchise.

Quand on aborde une psychopathe de 18 à 45 ans, il faut toujours avoir cette étiologie possible dans la pensée, aussi bien devant un jeune sujet, devant une célibataire de situation sentimentale imprécise que devant une femme mariée, déjà mère de famille.

Les avortements responsables de ces désordres mentaux peuvent survenir à un moment quelconque de la gestation, mais il apparaît que ce sont les interruptions de grossesse provoquées entre le 2e et avant le 4e mois (les plus fréquentes d'ailleurs) qui sont les plus graves. Elles peuvent être même plus importantes, plus tenaces que les psychoses du post-partum. Elles affectent en général un type clinique prédominant que je décrirai plus loin.

Leur physiologie pathologique fait deviner le profond bouleversement psycho-somatique qu'elles provoquent. En se rapportant à mon précédent mémoire, paru dans le numéro de février de cette même revue, « A propos des psychoses gravidiques », on comprend aisément le processus. En effet, comme je l'écrivais, ce sont alors dans ces tout premiers mois que se contrôlent les phénomènes d'adaptation à une situation nouvelle, phénomènes caractérisés tout d'abord par une phase d'épuisement, alors que l'équilibre gravidique encore anarchique s'installe progressivement, en passant par des phases aujourd'hui biologiquement contrôlées de défaillances cortico-surrénaliennes, de montées en

flèche des hormones gonadotropes, qui ne se stabiliseront que lorsque la prise en charge par le placenta sera totalement réalisée, c'est-à-dire pas avant le troisième mois. Pendant toute cette période, l'équilibre hormonal folliculinique-progestérone restera précaire et variable selon les sujets.

C'est précisément dans cette période hyper-critique que se situent les avortements provoqués, bouleversant ainsi avec une brutalité extrême un début d'adaptation et faisant succéder sans la transition obligatoire une phase de révolution à une phase de reconstriction. On devine ainsi que les retentissements psychiques les plus sérieux et les plus fréquents se placent précisément entre le 1er et le 3e mois. Car il est permis de contrôler que, contrairement à l'opinion du public, les retentissements nerveux sont moins importants à mesure que les fausses-couches se réalisent dans un stade plus avancé de la grossesse.

Quand on a pu obtenir l'aveu du fait obstétrical, il importe de savoir comment, à quel moment et dans quelles conditions il a été provoqué. Car, au bouleversement physiologique général, s'ajoutent les bouleversements électifs consécutifs aux moyens employés. C'est ainsi que les injections massives d'œstrogènes n'ont pas les mêmes conséquences qu'une interruption mécanique à la sonde par exemple, que l'absorption de substances particulières (fortes doses d'apiol, de quinine, d'armoise). Si toutes aboutissent au décollement de l'œuf, certaines y ajoutent un appoint hautement toxique, ou une action hormonale explosive, sans parler des incidences toxi-infectieuses locales, hémorragiques ou rétentionnelles.

Les troubles neuro-psychiques *d'origine abortive* affecteront en général *deux types principaux :* soit le *type névrotique,* soit le *type franchement psychiatrique.*

A. — Les névroses du post-abortum

Un avortement provoqué est un événement éminemment traumatisant, tant au point de vue moral que physique.

Fréquemment, il est décidé en plein désarroi émotif, au milieu de conflits éthiques, familiaux, moraux, affectifs, sociaux, religieux, particulièrement angoissants. A cette panique morale s'associent souvent la peur physique, celle des conséquences futures possibles, ainsi qu'une atmosphère de drame et de clandestinité.

A cet épuisement nerveux d'origine psychologique va s'ajouter

l'épuisement physique, et tout spécialement l'épuisement cortico-surrénalien contemporain des tout premiers mois de la gestation.

Le terrain sera alors celui favorable, par excellence, à l'irruption de la névrose psychasthénique avec tout son accompagnement de rumination mentale, d'obsessions, d'idées subconscientes d'auto-punition, de paroxysmes anxieux, d'effondrement psycho-somatique (hypotension, déséquilibre neuro-végétatif, spasmes viscéraux, aérophagie, solarité, tachycardie, fatigabilité extrême). Car, au stress du début de la fécondation, va s'ajouter celui de la fausse-couche, puis le stress émotionnel. En même temps, une brusque montée laiteuse ne trouvera ni dérivatif pour la dégager, ni défense suffisante pour la juguler.

Si la névrose est traitée à temps, si surtout l'on connaît la véritable étiologie, si le terrain mental n'est pas trop mauvais, il sera possible de remonter peu à peu la pente jusqu'à la guérison ; cela par un repos prolongé, par les extraits cortico-surrénaliens totaux, par des préparations phosphorées, par des rééquilibrants du vagosympathique, par un arrêt immédiat de la sécrétion lactée, par un contrôle attentif de l'état gynécologique.

Mais si la cause réelle est méconnue, la névrose s'accentuera et se prolongera. Elle pourra même passer à l'état chronique, comme dans le cas que je citais précédemment.

Enfin, elle pourra évoluer vers un état psychopathique caractérisé.

B. — Les psychoses du post-abortum

1° *Les états d'excitation confusionnelle.* — Ils sont d'autant plus à redouter dans le post-abortum que souvent les manœuvres abortives utilisées ont été dépourvues de toute asepsie et ont été génératrices d'infections plus ou moins graves, parfois de blessure locale. La rétention de débris de l'œuf ou du placenta y est également beaucoup plus fréquente que dans un accouchement normal, par défaut de dilatation. Dans ce cas, la persistance d'hémorragie est un signe d'alarme et aussi de sauvetage tant au point de vue physique que mental. Car, ici encore, comme à propos des névroses, si l'étiologie est connue ou rapidement découverte, le mal peut être rapidement dompté.

Mais souvent on ignore tout, surtout si l'avortement date de plusieurs semaines. On se trouve alors devant un état beaucoup plus confusionnel que maniaque, avec agitation forcenée et incohérente, sidération idéique, stéréotypie des propos, faciès

fortement coloré ou plombé, hyperthermie, déshydratation, oligurie.

C'est ici qu'il importe, devant de tels états, de se préoccuper (ainsi que l'expérience m'en a convaincu) du contrôle de la sécrétion lactée au niveau des seins, chez une jeune femme se présentant ainsi. Une telle découverte peut faire décider immédiatement un contrôle gynécologique indispensable suivi ou non de curetage.

Il faut conjointement recourir aussitôt aux antibiotiques et aux injections fortes de testostérone. Beaucoup trop fréquemment, hélas, en l'absence de signes nets, une telle étiologie ne s'impose pas à la pensée et l'on traite la patiente comme devant une manie confuse.

Avec quelques électrochocs, de la réhydratation et la bonne nature aidant, la guérison peut survenir dans un temps plus ou moins long. Malheureusement aussi, l'état aigu peut *partiellement* et spontanément s'apaiser ; alors, s'installent progressivement des symptômes nouveaux qui prennent une forme torpide, prolongée, rebelle, et l'on aboutit ainsi à la forme la plus fréquente des psychoses tardives du post-abortum, à la forme pseudo-schizophrénique.

2° *La pseudo-schizophrénie du post-abortum.* — Je dis « pseudo », parce qu'en effet les effets d'une thérapeutique adéquate montrent qu'il ne s'agissait pas d'une véritable schizophrénie. Une analyse minutieuse de la présentation clinique permet, dans la plupart des cas, de remarquer que, si beaucoup de symptômes de la série hébéphréno-catatonique sont présents, il en est d'autres qui manquent. L'affectivité, en particulier, n'y est pas troublée de la même façon. Il n'y a pas une véritable et totale inaffectivité, plutôt une affectivité de jeu, paradoxale, capricieuse, mobile d'un jour à l'autre. L'hostilité familiale n'est pas elle aussi habituelle et elle est élective, surtout dirigée contre le mari ou l'amant. L'amour maternel, si d'autres enfants existent, est en général intact.

Il n'y a pas de constante apathie ou inertie, mais plutôt une certaine activité plus ou moins cohérente, souvent impulsive et improductive.

Le visage est rarement atone, le plus souvent boudeur ou éclairé d'une lueur ironique bizarre. Le gâtisme, surtout urinaire, peut s'installer. Tout en étant troublé, le contact de la conversation se fait mieux qu'avec une schizophrène réelle.

Enfin, l'élocution n'a pas la même tonalité puérile que chez une hébéphrénique véritable, et la régression infantile est habituellement absente.

Cependant, des stéréotypies diverses, du négativisme, des impulsions rendent souvent le diagnostic différentiel très délicat.

Il advient que ces malades arrivent aux mains du psychiatre plusieurs années après le début des troubles, et l'absence totale de renseignements étiologiques en impose pour le diagnostic de schizophrénie.

Chez toute psychopathe présentant depuis un temps plus ou moins long un tel état mental, il faut rechercher avec entêtement et persévérance la possibilité d'un lointain incident obstétrical. Surtout si, dans le passé, on ne retrouve aucun trouble mental, aucune tendance à l'autisme ou à la discordance.

Dans le doute, il faut, une fois de plus, penser au contrôle de la sécrétion lactée (qui peut persister pendant des années) et aux contrôles biologiques des frottis. On est assez souvent récompensé de son obstination par les résultats obtenus.

C'est ainsi que j'ai vu les pseudo-schizophréniques du post-abortum (tel le cas cité au début de ce mémoire) guérir, en peu de temps, de troubles mentaux très anciens.

Le *traitement* consiste, comme dans les psychoses du post-partum, à revigorer le diencéphale par des pneumo-encéphalographies pratiquées en période préovulaire si la menstruation existe, à n'importe quel moment s'il y a aménorrhée (dans ce dernier cas, fréquemment, les règles réapparaissent). Cette pneumo-encéphalographie doit être obligatoirement suivie une semaine plus tard de trois électrochocs.

Plus la psychose du post-abortum est ancienne, plus elle est résistante. Il faut souvent recourir à une deuxième ou même à une troisième pneumo-encéphalographie (à un mois d'intervalle chacune) pour aboutir au résultat désiré. A cette thérapeutique, il faut associer en général les injections de gonadotrophines, surtout chorioniques. Quelquefois, l'ingestion de la traditionnelle poudre d'ovaire donne de meilleurs résultats que certaines hormones synthétiques.

Dès que l'amélioration est obtenue, il faut aussitôt l'exploiter au maximum par l'ergothérapie et les sorties d'essai.

Conjointement et obligatoirement, il faut radicalement tarir la sécrétion lactée si elle existe depuis un temps plus ou moins long.

Dans un prochain mémoire faisant suite à celui-ci, je traiterai en détail des psychoses de la lactation.

La montée laiteuse s'accomplit aussi bien dans un avortement que dans un accouchement à terme. Mais, dans ce cas, elle ne peut être équilibrée par un allaitement normal ; elle est très mal freinée par la sécrétion des hormones anti-hypophysaires. Enfin, habituellement, on ne s'en préoccupe pas. C'est ce qui explique la présence de lait anormalement prolongée longtemps après l'incident obstétrical. Or, une sécrétion lactée persistante indique un défaut de réceptivité ou de réponse aux antagonistes œstrogéniques et gonadotrophiques, ou l'absence de ceux-ci. Elle entretient un constant déséquilibre névrotique.

Il est particulièrement utile de savoir que la croissance de la glande mammaire s'effectue au maximum dès les trois premiers mois qui suivent la fécondation pour se ralentir dès le 4e mois. La prolactine entrera en action dès l'expulsion provoquée du placenta et amènera la montée laiteuse.

Brusquement surpris par l'interruption physiologiquement imprévue de la grossesse, l'organisme ne sera pas en état de pouvoir s'opposer pour le mieux à cette galactorrhée, comme il le fait après une délivrance régulière.

Si des précautions ne sont pas alors prises (injections fortes d'une association de folliculine et de testostérone, bandage et compression des seins, purgation), ce qui est le cas le plus habituel en matière d'avortement, cette galactorrhée persistante épuisera une hypophyse déjà en sommeil et aboutira à un blocage des gonadotrophines, avec retentissement important, tant sur l'ensemble du fonctionnement neuro-endocrinien, neuro-végétatif et psychique que sur le tractus génital lui-même (aménorrhée tenace, involution utérine). Il est possible que ce soit ce blocage hypophysaire qui explique en partie la présentation pseudo-schizophrénique du désordre mental, les grands états asthéniques, la perturbation et les défaillances parallèles de l'influx diencéphalique.

Ainsi, toute la régénérescence post-gestative s'opère dans les plus mauvaises conditions et en pleine anarchie physiologique.

Cependant, les désordres mentaux consécutifs aux avortements ne sont pas tellement fréquents si l'on compare statistiquement la proportion des uns et des autres.

Toujours, comme dans tous les troubles neuro-psychiques, on retrouve une fragilité de base : fragilité névropathique, cérébrale, fragilité physiologique, fragilité neuro-endocrinienne et du

complexe hypophyso-hypothalamique, intoxications exogènes concomitantes. Ces défaillances préexistantes plus ou moins accentuées troublent la rééquilibration biologique générale et provoquent le désordre mental.

Cette fragilité peut être d'ailleurs discrète et être passée inaperçue auparavant. Si pas mal de psychopathes antérieures voient récidiver ou aggraver leurs troubles après un avortement, il est beaucoup de sujets qui jamais dans le passé n'avaient extériorisé de désordre intellectuel évident.

De cette étude, on peut retenir quelques considérations utiles :

a) Tout d'abord, pour nous psychiatres, une règle essentielle : *chez toute jeune femme en âge de fécondation et qui présente des symptômes psychopathiques atypiques, rechercher systématiquement, même après une longue évolution, la possibilité d'une fausse-couche de date plus ou moins récente, tue ou ignorée par l'entourage.*

Pour cela, contrôler s'il existe ou non une sécrétion lactée bilatérale, même discrète, au niveau des seins. Si elle se découvre, compléter cet examen par celui des frottis vaginaux et de l'histologie endométriale. *Car, même traitées tardivement, ces psychoses, apparemment chroniques, peuvent parfaitement guérir par un traitement approprié.*

b) *Ensuite, dans le domaine de la prophylaxie.* Il arrive assez souvent que, chez une femme ayant présenté après chaque grossesse une psychose du post-partum, le médecin de famille nous demande notre avis sur l'opportunité d'un avortement médical préventif en cas de nouvelle grossesse. De cet article, il résulte que ce serait là une mesure déplorable, car on remplacerait l'éventualité d'une psychose du post-partum par une psychose du post-abortum, aussi grave, sinon plus. La seule méthode logique et prudente en de pareils cas (après des psychoses puerpérales nettement récidivantes) est d'éviter une nouvelle gestation, cela seulement en envisageant pour l'avenir une ligature des trompes.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 février 1956

Présidence : M. J. BONHOMME, président

COMMUNICATIONS

Peut-on proposer une interprétation univoque des effets thérapeutiques de la chlorpromazine en psychiatrie ?, par M. M. Bergouignan (sous le patronage de M. L. Michaux).

Même sous sa forme interrogative, le titre de notre communication resterait bien présomptueux si notre propos ne se limitait à vouloir esquisser quelques-unes des perspectives qui se sont progressivement dégagées pour nous de notre longue pratique de la chlorpromazine à la Clinique neuro-psychiatrique de l'Université de Bordeaux (professeur P. Delmas-Marsalet). Si nos critères d'utilisation n'ont guère varié depuis la note que nous avions publiée en 1953 (1) (emploi exclusif du largactil sans cocktail, recherche d'une « ataraxie » médicamenteuse, intérêt majeur de la cure dans la plupart des psychoses en vue d'une psychothérapie associée, intérêt plus discutable dans les névroses classiques), les bases de notre réflexion physio-pathologique se sont progressivement élargies depuis lors, et nous voudrions exprimer ici l'orientation générale de notre effort de synthèse qui ne représente, bien entendu, qu'une perspective parmi d'autres optiques possibles. Précisons que nous n'aborderons pas le problème strictement physiologique des centres, ou plutôt des circuits nerveux comprenant la formation réticulée du tronc cérébral, que l'on sait spécifiquement intéressés par la drogue, ni des métabolismes intermédiaires que l'on a pu entrevoir ; nous nous limiterons à un essai d'interprétation des structures cliniques et à la recherche de leurs significations possibles.

Nous acceptons d'abord une suggestion proposée par H.-J. Haase (2) dans une étude récente sur le largactil et le serpasil en psychiatrie et selon laquelle il convient d'examiner séparément (comme V. Baeyer l'a fait pour l'électro-choc) la propriété physiologique fondamentale de la thérapeutique et son effet clinique. On s'accorde, quelle que soit la formule qui cherche à définir l'activité fondamentale de la chlorpromazine (chute de la tension psychologique, chute de la tension végétative, diminution de l'élan vital, antriebs-hemung des auteurs allemands), pour estimer que cette caractéristique ne suffit pas à donner une idée valable de son activité thérapeutique en clinique psychiatrique. C'est ce que Janzarik (4) a voulu, de son côté, exprimer en parlant d'une « action nosotrope » qui déborde les effets physiologiques de la drogue. Notre maître, le professeur P. Delmas-Marsalet (3) ne proposait-il pas déjà, il y a quinze ans, pour interpréter l'action thérapeutique de l'électro-choc, la formule bien connue de « dissolution-reconstruction » qui soulignait l'effet réducteur du choc sur les structures pathologiques, effet qui ne pouvait se ramener à aucune somme d'actions physiologiques partielles ?

Mais, dans la gamme si variée des indications psychiatriques du largactil, de l'angoisse à l'excitation psychomotrice, et de l'agressivité au délire hallucinatoire, pouvons-nous proposer un dénominateur commun pour ses remarquables effets thérapeutiques ? J. Borel (5) et ses collaborateurs, s'interrogeant sur ce problème, remarquaient que « l'on peut d'autant moins répondre à la question que nous ignorons tout des mécanismes intimes de ces psychoses ». Nous croyons, pour notre part, comme M. Borel, que les hypothèses sur le mode d'action du largactil engagent dans une certaine mesure la conception que nous nous faisons de la maladie mentale, et, dans un débat récent (6), nous avons pensé que la vieille notion hippocratique des mécanismes de défense singulièrement rajeunie par la psychanalyse et, plus encore, par les progrès contemporains de l'immunologie et de l'immuno-chimie, permettait une approche intéressante du problème posé. En considérant les succès de la chlorpromazine selon cette optique, nous avons pu écrire qu'elle nous apparaissait « comme le réducteur le plus remarquable des mécanismes psychotiques engagés par le moi dans sa lutte contre l'angoisse qu'il ne peut liquider ». Nous ne rappellerons pas ici l'analyse séméiologique des structures psychotiques que nous avons brièvement tentée pour justifier cette assertion ; nous dirons simplement qu'elle nous semblait renforcée par les thèses parallèles défendues sur un plan biologique plus général par H. Laborit : les réactions post-agressives et leur réduction par l'hibernothérapie rappellent en effet, si l'on s'en tient aux grandes lignes (mécanismes homéostasiques d'une ampleur excessive et dangereuse pour répondre à certaines agressions, rôle de l'hibernothérapie dans la réduction de ces mécanismes et des oscillations biologiques qui en sont la conséquence), ce même schéma hippocratique, applicable aux maladies mentales elles-mêmes depuis que la psycha-

nalyse nous a dévoilé « derrière les symptômes les mécanismes de défense, derrière ceux-ci, l'angoisse, et derrière celle-ci, les pulsions »... (7).

Dans ce cadre général, la pratique de la chlorpromazine peut fournir quelque contribution à la validité des distinctions classiques entre psychoses et névroses ; sans doute, comme le rappelait H. Ey (8), faut-il se garder de toute dichotomie trop dogmatique, mais l'échec habituel du largactil dans les états névrotiques et son succès dans les psychoses avérées (nous songeons, en particulier, aux réponses thérapeutiques très différentes de certaines névroses obsessionnelles graves et de certains états dissociatifs séméiologiquement proches) confirment que l'atteinte du moi dans les psychoses n'est ni une simple formule spéculative, ni une référence métaphysique, et qu'elle doit avoir une traduction biologique, dont témoignent les réponses différentes au même traitement biologique.

*
**

Nous remarquons aussi que la chlorpromazine laisse intacts les mécanismes d'inhibition (conçue elle aussi comme modalité d'autoprotection contre l'angoisse), qu'il s'agisse d'inhibition mélancolique ou d'inhibition catatonique, mais semble liquider les mécanismes « actifs » ou, pour reprendre le vieux qualificatif de Brown-Séquard, « dynamogéniques » : nous préférons employer ce terme plutôt que celui d'excitation qui, en psychiatrie, évoque fatalement l'hyperactivité psychomotrice et convient moins bien pour les délires paranoïdes ou les délires hallucinatoires chroniques (dans leur signification généralement admise de processus actifs de défense). Cette spécificité est le reflet, dans le domaine pathologique, de la propriété neuroleptique fondamentale du produit, qui se révèle également dans l'akinésie, si fréquemment associée à l'hypertonie extra-pyramidale au cours de nos cures mais nullement nécessaire, contrairement à l'opinion de J. Haase, à leur efficacité.

Nous croyons rejoindre ainsi la pensée du professeur Rümke, qui déclarait que certaines modalités fondamentales du comportement humain (phénomènes de distance entre l'expérience et le moi qui la vit, processus d'excitation et d'inhibition, d'accélération et de ralentissement) relèvent plus étroitement de bases somatiques et sont accessibles à la pharmacothérapie (9). Mais nous pensons que la tradition hippocratique des mécanismes de défense, à laquelle la médecine revient toujours, offre un cadre valable à ces conceptions et peut leur donner quelque unité.

L'avantage paraîtra néanmoins assez mince de remplacer une terminologie claire de symptômes, sur lesquels on s'entend par une terminologie obscure de « mécanismes » sur lesquels l'accord n'est pas fait ; car, malgré les efforts féconds de l'école psychanalytique, on ne contestera guère que l'inventaire et la classification des mécanismes

de défense en psychopathologie restent encore bien insuffisants... Peut-être, l'analyse structurale des troubles mentaux et la médecine clinique tendent-elles à évoluer sur des plans séparés, et Freud lui-même, en répudiant dans une certaine mesure la formation médicale, a-t-il d'emblée creusé un fossé qui n'est sans doute que provisoire ? Comme d'autres psychiatres français y sont parvenus par d'autres voies, la réflexion où nous sommes engagés à propos de l'activité thérapeutique du largactil nous conduit à penser qu'à un certain plan ces disciplines sont plus proches qu'on ne le pense communément et qu'on ne saurait les séparer.

*
**

Nous allons plus loin : nous pensons que, dans une certaine mesure, le largactil peut servir au clinicien d'indicateur pour la structure des troubles mentaux.

Ainsi, dans l'excitation maniaque, la chlorpromazine semble agir électivement sur l'excitation psychomotrice : or, bien que des « corrélations kinéto-psychiques » (P. Guiraud) indiscutables unissent cette excitation et le niveau de l'humeur, il nous a semblé qu'elle laissait intacte une certaine survalorisation du moi, une certaine suffisance euphorique qui donne trop souvent à la rémission obtenue son caractère provisoire et précaire. Dans les états dépressifs, par contre, son action inhibitrice (probablement plus marquée pour la réserpine à hautes doses) entraîne parfois une « dysphorie » génératrice d'une mélancolie plus franche.

Dans certaines hébéphrénies, même si l'inhibition et l'apragmatisme restent inchangés, nous avons noté avec P. Sivadon, Schweich et Bégoin (9), avec P. Racamier (9), une influence favorable sur le repli autistique, si bien que le patient redevient disponible pour des tâches extérieures (en particulier pour l'ergothérapie), comme s'il n'était plus prisonnier des mécanismes qui le refermaient sur lui-même.

Dans les psychoses hallucinatoires, ce n'est pas l'activité hallucinatoire proprement dite qui est d'abord influencée, mais bien l'attitude du malade à l'égard de son délire : il s'en désintéresse peu à peu et redevient disponible ; ici encore, c'est — suivant l'expression de J. Delay —, une véritable « démobilisation »... et nous croyons légitime de souligner la parenté des significations incluses dans ce terme et la conception générale que nous avons proposée.

Le vocable d'ataraxie, que nous avions utilisé en 1953 pour désigner l'état psychomoteur du patient sous largactil, et qui s'est également imposé à d'autres auteurs, n'a évidemment qu'une valeur évocatrice : ce n'est certes pas de l'indifférence, c'est une neutralisation des contraintes endogènes, une « démobilisation » des mécanismes actifs de défense dans leur démesure pathologique, qui nous en apparaît la caractéristique essentielle.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. Bergouignan (M.) : Le largactil en thérapeutique psychiatrique. *Presse médicale, 61,* 1133 (1953). — 2. Haase (H. J.) : Psychiatrische Erfahrungen mit Megaphen, etc... *Der Nervenarzt, 26,* 507 (1955). — 3. Delmas-Marsalet (P.) : *L'électrochoc thérapeutique et la dissolution-reconstruction,* Baillière, Paris, (1943). — 4. Janzarik (W.) : Zur Psychopathologie der Megaphen Wirkung. *Der Nervenarzt, 25,* 330 (1954). — 5. Borel (J.), Camar (R.) et Bailly (R.) : La cure de largactil, ses doses, sa durée. *Annales médico-psychologiques, 114/1,* 88 (1956). — 6. Bergouignan (M.) : Action de la chlorpromazine en psychiatrie : faits cliniques et significations possibles. *Colloque international,* Paris, octobre 1955 (à paraître dans *L'Encéphale*). — 7. Racamier (P.-C.) : *L'évolution psychiatrique* (1953), fasc. 4, p. 122. — 8. Ey (H.) : Névroses et psychoses. *Acta psychotherapeutica, 1,* 206 (1953-1954). — 9. *Colloque international,* Paris, octobre 1955 (à paraître dans *L'Encéphale*).

Discussion

M. J. Le Beau. — Nos observations psychologiques (en collaboration avec Mme Pétrie et Mme Choppy) confirment dans une grande mesure ce que vient d'exposer M. Bergouignan : après chlorpromazine, on observe une diminution nette du facteur « psychoticisme », et une tendance à l'augmentation de l' « introversion ». Ce sont exactement les modifications qu'entraîne la cingulectomie antérieure. Comme la chlorpromazine, cette opération, efficace surtout dans les états d'excitation, paraît peu utile dans les états dépressifs. C'est en somme le contraire de la lobotomie classique. Toutes ces considérations sont développées en détail dans un mémoire de la *Revue neurologique,* actuellement sous presse.

Syndrome wilsonien atypique avec troubles mentaux d'allure schizophrénique ; rémission spectaculaire des troubles mentaux au stade pré-agonique, par MM. M. Bergouignan, P. Loiseau et M. Demangeat (présentés par M. L. Michaux).

C'est au cœur même du problème des relations entre maladie mentale et lésions organiques du cerveau que nous introduit l'observation de cette jeune fille de 16 ans, qui présente brusquement des troubles graves du comportement, d'allure schizophrénique, et voit apparaître bientôt les signes manifestes d'une maladie de Wilson, authentifiée par la clinique, la biologie et la biopsie hépatique ; ce syndrome hépato-lenticulaire évolue vers la cachexie en quinze mois, au milieu d'un cortège permanent de troubles psychiques ; brusquement apparaît une pleurésie hémorragique, dont l'extrême abondance conduit d'emblée la jeune malade à un état pré-agonique, aboutissant à la mort en cinq jours : pendant ces cinq jours, l'agonisante retrouve un comportement psychique pratiquement normal.

En relatant cette évolution dramatique, nous essaierons surtout de préciser les troubles psychiques de cette jeune fille et leur relation pathogénique avec son syndrome wilsonien, puis d'esquisser la signification possible de cette rémission terminale, bien des fois décrite par les classiques dans diverses maladies mentales.

Observation. — C'est à 16 ans que Josette B... a présenté les premiers troubles graves de comportement qui devaient la conduire à la clinique neuro-psychiatrique, en janvier 1955.

Jusque-là, Josette avait vécu en fille unique très gâtée dans un milieu familial de faible valeur éducative. Si l'on ne relève rien de marquant au cours de son enfance, il faut noter cependant que ses études furent mauvaises. Les parents eux-mêmes considèrent que l'enfant n'a jamais été tout à fait comme les autres et qu'elle semblait au-dessous de son âge.

Au cours de l'année 1954, l'état endocrinien de Josette inquiète un peu la famille ; vers 11 ans, elle a présenté un écoulement de sang qui ne s'est plus répété. Pour cette aménorrhée rebelle, on consulte un endocrinologiste, qui conseille des injections de folliculine-progestérone. Après l'une de ces injections, Josette présente un état transitoire d'angoisse avec tremblement, sensation de mort imminente. Cet accès d'anxiété se reproduit le lendemain soir. On cesse toute thérapeutique et, pendant un mois, la malade reste calme mais semble se replier sur elle-même.

En décembre, elle se lève un matin, alors qu'il fait encore nuit, et va se cacher ; on la retrouve en chemise, pleurant, dans une cave à vin ; le lendemain, elle se cache à nouveau ; lorsqu'on la découvre, elle insulte ses parents, les couvre d'injures. A partir de cette date, elle est méchante, ne veut plus manger, ni se lever, ni s'habiller, et hurle dès qu'on essaie de lui faire entendre raison ; il lui arrive aussi de se dénuder et de rester ainsi dans sa chambre ; on note cependant des phases passagères de comportement plus syntones.

En somme, il s'agit, initialement, de bouffées anxieuses intermittentes, sans délire, mais avec une anxiété panophobique, suivies d'un comportement impulsif et discordant avec agressivité inexpliquée à l'égard de la mère.

A l'admission, on conclut à une réaction schizophrénique apparemment brusque sur un fond très immature et l'on entreprend en janvier un traitement quotidien de 200 mgr. de largactil, que l'on continue jusqu'au 8 mars sans aucune amélioration : l'état général s'aggrave ; l'examen somatique met en évidence un léger Kernig, une aréflexie tendineuse des membres inférieurs, et surtout une splénomégalie importante. Laparotomie exploratrice : ascite séro-sanguinolente de deux litres ; très grosse rate congestive ; foie peu augmenté de volume, il a l'apparence d'une grappe ; des noyaux de la grosseur d'une petite bille, de teinte rougeâtre, un peu translucides, durs, recouvrent toute la surface de l'organe. On note encore l'aspect hémorragique et œdémateux du carrefour spléno-portal avec suffusions au niveau du pancréas et la présence d'adénopathies rétro-portales.

Le diagnostic de maladie de Wilson est affirmé par :

1° *la biopsie hépatique* (professeur agrégé H. Léger) : lobules de taille variable, les uns petits, les autres volumineux, séparés les uns des autres par une fine bande de sclérose annulaire. Ces lobules n'ont pas le même aspect, certains sont composés de cellules ayant perdu leur disposition radiaire, se montrant un peu volumineuses et à cytoplasme clarifié. Au niveau d'autres lobules, la plupart des cellules ont subi une dégénérescence graisseuse. D'autres lobules, enfin, sont composés de cellules très hyperplasiées, à cytoplasme clarifié, presque spumeux, à noyau d'importance variable.

Les fines travées fibro-conjonctives qui entourent les lobules sont souvent parsemées d'éléments inflammatoires lympho-histiocytaires ; les vaisseaux sont congestionnés et dilatés. Au niveau des espaces de Kiernan, la fibrose est un peu exagérée, il y a toujours quelques îlots inflammatoires.

On peut noter quelques images de néo-canalicules. Conclusion : image de cirrhose adénomateuse.

2° *L'examen ophtalmoscopique* montre un anneau de Kaiser-Fleischer particulièrement visible dans le quadrant supérieur.

3° *Très forte hyperamino-acidurie globale ;* les dosages du cuivre sont significatifs : cuivre sérique total, 80 γ % ; cuivre globulinique, indosable.

On met alors en train la cure de B.A.L. : deux fois 200 mgr. par jour jusqu'à concurrence de 2 gr. 20 ; malgré cela, dans les mois qui vont venir, la malade présentera un état assez univoque, sans rémission notable.

Elle ne paraît pas désorientée et, par le caractère particulier de certaines réactions, montre qu'elle reconnaît les personnes qui viennent la voir. Mais elle est repliée sur elle-même et reste des journées entières immobile, confinée dans son lit, sans participer à la vie de la salle, ni paraître s'intéresser à ce qui l'entoure. Cependant, elle reste présente et quand on entre dans la chambre elle réagit toujours, au moins par une mimique émotionnelle : petits battements des paupières et occlusion intentionnelle des yeux : elle montre ainsi une attitude de refus et d'opposition systématique, refusant la personne qui apporte le repas : elle se nourrit un peu et seule quand celle-ci est sortie.

Les incitations déchaînent souvent des réactions d'agressivité intense : cri strident, injure (andouille !) ; elle cherche alors à frapper, à mordre ; elle a parfois des impulsions agressives à l'égard de ses compagnes de chambre qu'elle griffe.

Parfois, au contraire, elle réagit aux sollicitations par un cri monotone de défense : « Allez-vous-en », accompagné de gémissements, voire même d'accès de pleurs spasmodiques durant lesquels elle paraît désarmée et se laisse un peu examiner.

L'attitude de la malade est quasi-catatonique. On la retrouve souvent dans une position de repli fœtal, en chien de fusil (menton enfoncé dans le creux sus-claviculaire, S.C.M. contracté, genoux à hauteur de l'appendice xyphoïde, les talons aux fesses ; les membres supérieurs sont en flexion générale, la main plus souvent en hyperextension, les doigts fléchis.

Il existe un tremblement de repos discret très intermittent, évoquant un tremblement parkinsonien ; tremblement d'attitude et d'action à oscillations larges.

La dénutrition est de plus en plus marquée ; l'ascite augmente rapidement ; les ponctions successives soustrairont 14 litres de liquide.

Les examens biologiques donnent les résultats suivants : dans les urines, présence d'urobiline ; dans le sang : test de Mac Lagan, 30 unités Vernes ; test de Kunkel, 60 unités Vernes ; test de Hanger, + ; taux de prothrombine, 70 %. Hématologie, Bordet-Wassermann, cholestérol, bilirubine, urée, sont normaux.

Plusieurs protéinogrammes ont été pratiqués : ils sont comparables. Voici les chiffres de février : protides totaux, 56 gr. 5 par litre ; albumine, 57 gr. 5 % ; α_1-globulines, 7 % ; α_2-globulines, 5,5 ; β-globulines, 11,8 ; γ-globulines, 18,2 ; rapport S./G., 1,35.

Donc, protidémie abaissée. Légère diminution du rapport S./G. par diminution des albumines, augmentation des α_1 et γ-globulines, les α_2 et β étant diminués.

Chromatographie des urines (à deux dimensions, phénol, tamponné, et collidine-lutidine) : 11 spots, les plus importants, sont ceux de la gluta-

mine, de l'acide glutamique, de la sérine, du glycocole, puis de l'acide aspartique, de la méthionine et de la taurine. Traces de tyrosine, histidine, arginine, asparagine.

Cuprémie totale : 80 γ %. Cuprurie : 800 γ par litre ; l'élimination augmente considérablement au cours du traitement par le B.A.L.

Terminaison. — Le 2 décembre, l'état psychique est sensiblement le même, fait de mutisme, de prostration, d'indifférence. Mais l'état somatique s'aggrave : essoufflement, encombrement trachéo-bronchique, très gros ventre ; la malade geint tout le jour.

Or, le lendemain, Josette dit soudain le matin « j'ai mal aux jambes », puis elle se met à parler avec la sœur et prend plaisir à ce bavardage ; elle appelle les gens pour leur montrer comment elle sait parler à présent. Sa voix est faible et puérile, mais elle est orientée, sa mémoire est satisfaisante et ce qu'elle dit est sensé ; son opposition n'est plus qu'un jeu ; elle manifeste, à l'égard de la sœur et de l'infirmière, une affection enfantine.

A cette étonnante et soudaine transformation psychique, correspond une aggravation somatique encore plus nette ; on ponctionne l'ascite qui est sanglante et l'on découvre un épanchement pleural gauche ponctionné à son tour ; le liquide pleural est sanglant lui aussi (une radiographie ne permet pas de déceler de lésion parenchymateuse sous-jacente). Josette semble n'avoir que quelques heures à vivre.

Cependant, la transformation psychique se maintient : en parlant avec l'interne et les membres du service, Josette prouve qu'elle reconnaît tout le monde et qu'elle n'a pas non plus oublié ceux qui sont maintenant partis et qu'elle n'avait jamais eu l'air d'apercevoir. La mère, qui était toujours accueillie par des réactions agressives, est reçue avec sourires et tendresse.

La mort survient le 8 décembre ; l'autopsie n'a pu être faite.

Il nous semble inutile de souligner les multiples arguments cliniques, biologiques, anatomiques, qui permettent d'affirmer ici une maladie de Wilson authentique. Mais il nous faut relever quelques-unes des particularités qui confèrent à ce cas sa pleine signification.

1) D'abord, sur le plan de la séméiologie somatique : ce Wilson a comporté une très riche séméiologie abdominale, alors que le syndrome « lenticulaire » restait discret, noyé d'ailleurs en partie dans les désordres psychomoteurs, qui interdisaient toute séméiologie fine : tremblement assez tardif des membres supérieurs, hypertonie atypique, où l'oppositionnisme et la tendance catatonique gênaient toute analyse ; pour la mimique émotionnelle, on peut retenir surtout les explosions de fureur faites de cris à la fois plaintifs et menaçants qui ponctuaient toute approche, mais qui n'avaient qu'une parenté assez lointaine avec le rire et le pleurer spasmodiques, si communs chez le Wilsonien. Un symptôme neurologique était inattendu : c'est la polynévrite sensitivo-motrice des membres inférieurs apparue précocement, au bout d'un mois d'hospitalisation ; on peut penser que la dénutrition rapide liée aux troubles mentaux de Josette doit être tenue pour responsable de ce symptôme, exceptionnel chez les Wilsoniens, et l'on peut penser également que cette carence, dès

les premières semaines de l'hospitalisation, pourrait rendre compte de l'allure très rapide de cette cirrhose splénomégalique dans sa phase initiale ; par la suite, malgré une cachexie impressionnante, l'évolution a paru moins galopante ; peut-être a-t-elle été freinée par le B.A.L., dont les diverses séries n'ont pas paru pourtant influencer objectivement la symptomatologie. La transformation hémorragique de l'ascite après plusieurs ponctions, suivie de l'apparition terminale d'un épanchement hémorragique de la plèvre, n'a pu être attribuée à aucune avitaminose K biologiquement décelable : contentons-nous d'y voir l'expression d'une « malignité » inhabituelle des réactions séreuses chez notre malade.

2) Ce sont les troubles mentaux de Josette qui ont marqué le début apparent de sa maladie : ce sont eux qui donnent à cette observation son cachet particulier ; quelle signification pouvons-nous leur attribuer ?

Pour qui a vu notre jeune malade, farouchement rétractée pendant des mois dans son mutisme hostile, entrecoupé d'explosions agressives, brèves et sauvages, il ne saurait être question de comportement réactionnel à une situation malheureuse imposée par la maladie et l'hospitalisation : c'est à un tout autre niveau psycho-pathologique que paraissait ressortir l'ensemble de ce tableau.

Le raptus anxieux, qui a marqué le début des troubles psychiques, a suivi de quelques heures une injection intra-musculaire de proluton-œstradiol. Faut-il y voir la traduction momentanée d'une flèche d'hyperfolliculinie, qui serait encore moins amortie chez notre jeune malade du fait de sa cirrhose latente ? On peut admettre, en tout cas, que sa perturbation affective a été d'emblée conditionnée par un « malaise intérieur », par un trouble de la cénesthésie.

Mais si l'angoisse avec réaction de fuite, comme d'une bête traquée, a caractérisé le stade initial, c'est ensuite l'extrême agressivité qui a dominé pendant un an tout le comportement psychologique, — et l'on peut d'ailleurs facilement saisir le lien de ces deux modalités réactionnelles. La comparaison qui vient à l'esprit pour qualifier l'attitude de Josette est désormais celle du petit fauve immobilisé, cherchant maladroitement à griffer ou à mordre tout être humain qui fait mine de l'approcher.

Le repliement autistique de Josette ne la retranchait pas aussi complètement qu'il pouvait sembler : un battement léger des paupières sur ses yeux mi-clos, puis obstinément fermés, témoignait de sa réaction émotionnelle chaque fois qu'un visiteur entrait dans la salle.

Même en tenant compte de l'hypertonie complexe que nous avons déjà décrite, l'impression générale ne justifiait pas entièrement le diagnostic de catatonie, que bien des traits séméiologiques suggéraient. Néanmoins, on ne saurait contester — comme nous l'avons retenu dans le titre de notre communication — que les troubles mentaux de Josette avaient une allure schizophrénique si nous entendons

par là cette zone indécise qui, pour certains comportements pathologiques de l'enfance, va des états dits « prépsychotiques » aux schizophrénies avérées.

Bien entendu, on ne saurait isoler ce syndrome de la personnalité pré-morbide de Josette : il semble bien que l'immaturité affective (faite surtout d'une ambivalence très marquée à l'égard de sa mère) pouvait, avec l'irrégularité scolaire et l'insuffisance éducative, rendre compte du puérilisme de cette jeune fille sans qu'on pût retenir à coup sûr une débilité intellectuelle proprement dite.

Mais si ce terrain psychologique n'a pas été indifférent pour l'éclosion et pour la coloration particulière du syndrome, le problème majeur reste ici de rechercher dans quelle mesure et par quel mécanisme cette « régression affective profonde » se reliait à la dégénération hépato-lenticulaire de notre malade.

Quand on examine la littérature assez abondante des troubles mentaux chez les Wilsoniens, on note que les psychoses véritables sont rares, alors qu'une certaine indifférence avec euphorie, apragmatisme, puis marasme terminal, est d'observation courante (cf, *thèse Caron-Fouqueteau,* Bordeaux, 1955, n° 115). Le problème physio-pathologique paraît assez simple lorsque ces troubles mentaux avérés réalisent un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles avec perte des acquisitions antérieures et déchéance de la personnalité (P. van Gehuchten, 1933, P. Nayrac, 1952), qui semble témoigner de la désorganisation progressive des structures cérébrales, selon un parallélisme qui est peut-être plus apparent que réel : ce n'est alors qu'une forme plus accentuée du « syndrome psycho-organique » au sens de M. Bleuler, commun à bien des affections organiques du cerveau. Le problème posé par certaines psychoses du type « endogène » est plus intéressant (observations de E. Gjonys et G. E. Schroder, 1935 ; de P. Abély et P. Guyot, 1935 ; reprise par Baruk et ses collaborateurs en 1947) : nous avons été frappés par l'agressivité soulignée par les auteurs, dans un contexte mental variable par ailleurs, comme dans notre propre observation, où elle était si pathologique. S'il est possible de l'expliquer par une dissolution non spécifique révélant une affectivité très ambivalente, qui se manifeste désormais sans le contrôle habituel des instances supérieures, il est permis aussi d'évoquer un comportement de signification lésionnelle plus spécifique, comparable à la « Sham-rage » de P. Bard qui, depuis trente ans, reste le support des théories sous-corticales de l'agressivité et que bien d'autres expérimentateurs (cf. récemment W. R. Hess et K. Ackert, *Arch. Neurol. Psych., 73,* 127) ont illustré de nouvelles constatations, tandis que, de leur côté, les cliniciens essayaient eux-mêmes de mettre en parallèle telle topographie lésionnelle et tel comportement affectif (cf. R. M. Reitan : Affective disturbances in Brain Damaged Patients, *Arch. Neur. Psych., 73,* 530). Le problème n'est pas nouveau, et il n'est pas près d'être résolu, car les classiques réponses expérimentales doivent être reçues avec circonspection : n'est-ce pas Massermann qui a

observé récemment qu'une lésion thalamique dorso-médiane laisse le chat tranquille et amical, sauf si des dispositions préalables l'ont rendu névrotique ? Même dans l'expérimentation, on ne peut donc faire table rase du passé de l'animal (*Arch. Neurol. Psych., 73,* 576).

C'est dire que nous ne sommes pas près de départager dans le type de régression affective de notre malade ce qui revenait à sa personnalité antérieure et à la topographie de ses lésions, mais que nous avions toute raison de penser que cette régression était profonde et irrémédiable...

3) Or, cette « régression » représentait un phénomène dynamique parfaitement réversible, puisque pendant les cinq jours qui ont précédé sa mort, Josette a retrouvé un comportement normal sous réserve d'un certain puérilisme qu'elle n'avait jamais dépassé.

C'est en 24 heures que s'est opérée la transformation. Nous avions laissé Josette dans son négativisme farouche ; or, le lendemain, nous sommes accueillis par un appel joyeux et sympathique... Josette reconnaît et nomme les assistants, sourit, parle, est heureuse de parler ; elle manifeste un besoin de présence humaine, de protection maternelle ; elle est obéissante, affectueuse. Mais elle est en même temps anhélante, polypnéique, elle a le teint plombé et légèrement cyanosé : elle paraît n'avoir que quelques heures à vivre ; elle n'a d'ailleurs aucune conscience de la gravité de son état et elle est toute à sa sociabilité retrouvée. Un épanchement hémorragique de la plèvre gauche vient de s'installer, qui a atteint d'emblée un étiage critique.

Comment interpréter cette transformation spectaculaire ? Redisons d'abord que Josette n'a pas eu conscience de son aggravation et qu'on ne peut incriminer l'influence salutaire d'un « choc » psychologique. Peut-on invoquer l'anoxie cérébrale ? Nous ne rappelons que pour mémoire les tentatives thérapeutiques dont la plus connue est la carbonarcose de Meduna, et qui se fondent sur les effets heureux de l'anoxie et de l'hypercapnie dans les états psychopathiques ; il y a là l'éventualité d'un mécanisme non négligeable. A vrai dire, au moment de sa transformation, Josette présentait une insuffisance respiratoire, mais elle avait encore davantage le nez pincé, les traits tirés, le teint plombé que les lèvres bleuies et faisait pressentir l'imminence de la mort plus que l'asphyxie. D'ailleurs, quel que soit l'intérêt des hypothèses touchant l'action du gaz carbonique sur le métabolisme des cellules nerveuses, ne devons-nous pas, ainsi que Cerletti l'a esquissé pour l'électro-choc, dépasser cette perspective des causalités physico-chimiques, intéressante certes, mais insuffisante à elle seule, pour invoquer une mise en jeu des défenses organiques en présence du danger vital ? Nous croyons, pour notre part, que la mobilisation des défenses, leur transfert d'un front de l'organisme à un autre, ne sont pas de vains mots, encore que nous ignorions, sauf en immunologie, le substrat de ces affrontements biologiques. Comprise ainsi, l'observation de Josette s'insère dans la longue série des balancements psycho-somatiques auxquels la psychiatrie française s'est

toujours intéressée dans son souci de l'homme total. Et notre malade représente un cas particulièrement instructif, puisque ses troubles mentaux, même s'ils pouvaient être légitimement attribués à des lésions organiques, ont totalement régressé quand une complication soudaine a mis sa vie en danger : ici, ce n'est pas l'atteinte somatique initiale qui a joué le rôle de « dérivation hippocratique » puisqu'elle paraissait, au contraire, sous-tendre le comportement psychotique ; c'est la complication pleurale soudaine qui, en mobilisant peut-être les défenses, a rendu à cette jeune fille son intégrité mentale.

Travail de la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de médecine de Bordeaux (Pr P. DELMAS-MARSALET)

Un cas d'agranulocytose au cours d'un traitement par la chlorpromazine, par MM M. JOURDRAN, P. GABRIELLE et M. LANDRY (Hôpital psychiatrique de Saint-Egrève), (présenté par M. FRIBOURG-BLANC).

La liste des substances qu'on peut incriminer à l'origine des hémopathies toxiques s'allonge à mesure que de nouveaux médicaments sont utilisés dans la pratique médicale courante. Le largactil, produit récent de la chimiothérapie moderne, semblerait susceptible de provoquer des accidents sanguins sévères, comme nous le donne à penser un cas d'agranulocytose à évolution rapidement mortelle survenu chez une malade de notre service en cours de traitement par la chlorpromazine. Nous avons trouvé, en fouillant la bibliographie des publications sur le 4560 R.P., que des cas analogues avaient été signalés, surtout par des auteurs anglo-saxons.

OBSERVATION. — Mme A..., âgée de 59 ans, était atteinte de psychose hallucinatoire chronique d'évolution ancienne, avec délire actif, dissocié, et troubles cénesthésiques marqués ; cette malade, très travailleuse, était dans notre service depuis plus de dix ans.

En novembre 1955, nous décidons de traiter notre malade par le largactil. Un examen médical est pratiqué, selon notre habitude, avant de commencer la cure : il ne décèle aucune anomalie pathologique ; la tension artérielle est seule un peu élevée : 22-10. Dans les urines : albumine, traces ; sucre, néant.

Un examen de sang (pratiqué systématiquement selon notre habitude) nous donne, le 24 novembre 1955, les résultats suivants : globules rouges, 4.500.000 ; globules blancs, 8.200 ; hémoglobine, 95 % ; valeur globulaire, 0,96. Formule leucocytaire : polynucléaires, neutrophiles, 59 % ; éosinophiles, 2 % ; basophiles, ; mononucléaires, grands, ; moyens, 30 % ; lymphocytes 9 %.

Vitesse de sédimentation : après 1 heure, 12 ; après 2 heures, 42 ; indice de Katz, 16,5.

Le 28 novembre 1955, le traitement est commencé, en administrant d'emblée le largactil sous forme de comprimés dragéifiés et en augmentant pro-

gressivement les doses pour atteindre, le 15 décembre 1955, la dose de trois cents milligrammes par jour (300 mgr.), dose qui sera portée à trois cent cinquante (350) milligrammes par jour à partir du 5 janvier 1956.

La cure est relativement bien supportée ; la patiente se plaint seulement d'un certain degré d'asthénie, qui est de constatation banale au cours des premières semaines de ce traitement. La température, prise régulièrement, reste normale.

Le 24 décembre 1955, un nouvel examen systématique de sang nous donne: globules rouges, 4.500.000 ; globules blancs, 6.300 ; hémoglobine, 86 % ; valeur globulaire, 0,86. Formule leucocytaire : polynucléaires, neutrophiles, 70 % ; éosinophiles, ; basophiles, ; mononucléaires, grands, ; moyens, 23 % ; lymphocytes, 7 %.

Vitesse de sédimentation : après 1 heure, 12 ; après 2 heures, 22 ; indice de Katz, 11,5.

L'état mental de notre malade s'améliore nettement : au bout de trois semaines de traitement les troubles cénesthésiques, si fréquents et si marqués auparavant, disparaissent ; le sommeil est meilleur, la malade ne parle presque plus de son délire, ses écrits autrefois si prolixes se raréfient ; la malade s'occupe régulièrement. Encouragés par ces résultats, nous continuons la cure.

A partir du 10 janvier 1956, la malade se dit très abattue, se plaint de dérobement des jambes, de somnolence, de brouillards devant les yeux ; elle a de la peine à se fixer à ses occupations habituelles (travaux de couture surtout) ; néanmoins, elle refuse obstinément de s'aliter et de relâcher son travail.

Le 15 janvier 1956, au soir, la malade très fatiguée s'alite ; température subitement à 40°1 (alors que le matin elle avait 37°9) ; elle se plaint de légère dysphagie douloureuse : l'examen de sa gorge montre en effet une angine intense (érythème des amygdales, des piliers et de la luette ; enduit blanchâtre abondant, mais sans distribution régulière, pas de tuméfaction amygdalienne nette, pas d'adénopathie sous-angulo-maxillaire, langue très saburrale). On arrête immédiatement le largactil et on donne de la pénicilline locale et générale.

Un prélèvement de gorge est pratiqué : rares cocci banaux.

Le troisième jour, l'état général est toujours très atteint ; non seulement on ne note aucune amélioration de l'angine, mais encore l'enduit blanchâtre du début fait place à un enduit pseudo-membraneux grisâtre, et se détachant par petits morceaux. Température toujours à 40°, pouls à 110, tension artérielle tombée à 17-9,5 ; voix éteinte, asthénie très marquée, anorexie, respiration un peu accélérée, urines rares et très foncées. On change d'antibiotique, on remplace la pénicilline par la terramycine ; vitaminothérapie.

Le quatrième jour, les amygdales, toujours peu tuméfiées mais rouges, se débarrassent de l'enduit qui les recouvrait ; c'est alors qu'on remarque l'apparition, sur la face antéro-interne de chaque amygdale, d'une ulcération ovalaire gris-noirâtre ; langue très chargée ; aucune adénopathie au niveau du cou ; parole très gênée et à peine audible. Etat toxi-infectieux de plus en plus marqué : température oscillant entre 39° et 39°5, pouls entre 130 et 140, tension artérielle à 15,5-11 ; asthénie extrême, dyspnée évidente (rythme respiratoire à 46 par minute) mais régulière, toux sèche et fréquente ; quelques râles de bronchite aux bases ; pas de splénomégalie ni d'hépatomégalie, aucune adénopathie ; pas de troubles digestifs nets, pas de subictère, mais urines rares et extrêmement foncées (brun-verdâtre).

Devant l'aspect ulcéro-nécrotique de cette angine, avec état toxi-infectieux marqué, chez cette femme soumise à une chimiothérapie depuis bientôt deux mois, nous pensons à la possibilité d'une agranulocytose et pratiquons immédiatement une prise de sang pour numération et formule. Bien nous en prend ; voici, en effet, les résultats évocateurs : globules rouges, 4.600.000 ; globules blancs, 450 ; hémoglobine, 90 % ; valeur globulaire, 0,88. Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles, éosinophiles, basophiles, zéro ; mononucléaires, grands, ; moyens, 44 % ; lymphocytes, 56 %.

Vitesse de sédimentation : après 1 heure, 44 ; après 2 heures, 76 ; indice de Katz, 38.

Nous instituons le traitement suivant : pénicilline à hautes doses, acide folique, vitamines B6, B1 et PP, ultra-levure, nucléotides du pentose en intraveineux, analeptiques cardio-vasculaires. On envisage une petite transfusion sanguine.

Le cinquième jour, aggravation nette : apparition d'un gros ballonnement abdominal et de larges plaques violacées sur les membres inférieurs. Pas d'hémorragies, signe du lacet négatif.

Un nouvel examen de sang nous montre un résultat identique au point de vue numération et formule à l'examen pratiqué la veille.

Le sixième jour au matin : décès.

Une ponction sternale, envisagée pour ce jour-là, n'a pu être pratiquée à temps ; on fait tout de même cette ponction sternale sur le cadavre, quelques heures à peine après la mort.

Voici le myélogramme, interprété par le Dr Seigneurin (agrégé) :

Myélocytes neutrophiles	10 %
Myélocytes éosinophiles	1 %
Polynucléaires	5 %
Petits lymphocytes	70 %
Plasmocytes	4 %
	90 %
Hématies nucléées, dont plusieurs en mitoses (normoblastes)	10 %

Conclusions. — Chez une de nos malades traitées par la chlorpromazine depuis six semaines, aux doses de 300, puis 350 mgr. par jour (doses auxquelles on était arrivé progressivement), nous avons vu survenir brutalement une agranulocytose à évolution rapidement mortelle (en six jours).

Cette malade jouissait auparavant d'une santé physique très satisfaisante. Elle n'avait aucune tare sanguine apparente : deux examens de sang pratiqués, l'un avant, l'autre pendant la cure de largactil, s'étaient montrés parfaitement normaux.

L'affection sanguine a débuté brutalement par une angine vite ulcéro-nécrotique, avec état toxi-infectieux de plus en plus marqué. Nous n'avons noté aucune adénopathie, pas de tendance hémorragipare, pas d'ictère, pas de rate.

Le début brutal a cependant été précédé par une asthénie, semble-t-il plus marquée que celle due au largactil lui-même à ces doses.

A l'examen sanguin : pas d'anémie, leucopénie au-dessous de 500 éléments, disparition totale des polynucléaires (pas un seul n'a été trouvé sur plusieurs lames et deux jours de suite).

La ponction sternale « post-mortem » confirme le diagnostic d'agranulocytose ; elle nous montre, en effet : un effondrement du taux de tous les leucocytes de la lignée myéloïde ; nous notons également une diminution, moins nette cependant, des éléments de la série rouge (début de myélose aplastique ?) et une réaction plasmocytaire, dont nous ne connaissons pas la signification.

Au bout de quelques années d'utilisation courante de la chlorpromazine, les publications de semblables accidents ne semblent pas, du moins en France à notre connaissance, être très nombreuses. Il est peut-être encore prématuré d'en tirer des conclusions sur la toxicité de ce produit.

Il nous semble cependant recommandable :

de suivre par des examens sanguins les sujets traités par la chlorpromazine ;

de se méfier de l'apparition d'une asthénie marquée ou de l'aggravation d'une asthénie due au traitement (qui a, au contraire, tendance à régresser au bout de quelques semaines) ;

de tenir pour hautement suspect l'apparition d'une angine ou même de tout signe d'infection au cours d'un traitement par la chlorpromazine.

Quant au traitement de l'agranulocytose déclarée, nous mettons l'accent sur le fait que, dans notre cas, les antibiotiques ne semblent pas avoir freiné l'évolution de la maladie. Nous regrettons de ne pas avoir essayé l'A.C.T.H., recommandé par certains auteurs.

BIBLIOGRAPHIE. — Andersen (H.) : Leucopénie au cours du traitement par le largactil. *Ugeskrift for Laeger*, 9 décembre 1954, vol. 116, n° 49, p. 1733. — Boleman (A. P.) : Agranulocytosis associated with administration of Thorazine. *Journal of the American Medical Association*, 22 janvier 1955, vol. 157, n° 4, p. 364. — Lomas (J.) : Chlorpromazine and agranulocytosis. *British Medical Journal*, 7 août 1954. — Munch-Patersen (S.) : Un cas d'agranulocytose au cours d'un traitement par le largactil. *Ugeskrift for Laeger*, 23 décembre 1954. — Prokopowycz (V.) : Agranulocytosis following use of chlorpromazine therapy. *Journal of the American Association*, 19 mars 1955.

Discussion

M. H. Baruk. — Je voudrais demander aux présentateurs si, dans cette observation, le largactil a été employé seul ou associé aux barbituriques ou au phénergan. L'association du largactil et du phénergan augmente beaucoup la toxicité comme j'ai pu le constater expérimentalement chez le singe, avec Launay et Bergès. Je crois aussi qu'il est préférable de ne pas dépasser la dose de 200 milligrammes.

D'un autre côté, je remarque que dans cette observation on a noté la disparition des polynucléaires. Or, un des effets les plus nets du largactil est de déclencher une polynucléose. Ici donc, l'action hématologique a été paradoxale peut-être parce que cette malade présentait déjà auparavant une atteinte du système hématopoïétique, d'où l'importance de faire des examens hématologiques avant et pendant le traitement au largactil.

Présentation d'une malade ayant subi une lobotomie, par M. G. Heuyer

Mlle Th..., 53 ans, ne présente rien de notable dans ses antécédents héréditaires. Son enfance a été normale. Elle dit pourtant qu'elle a toujours eu des scrupules, la crainte de mal faire. Elle a fait des études primaires ; elle a eu le C.E.P. Dans sa famille, elle a continué de travailler. En 1938, à Nancy, elle a passé la capacité en droit. Restée célibataire, elle est entrée dans l'administration des hypothèques en 1932, à la suite d'un concours. Elle est contrôleur principal des hypothèques. Elle avait un poste à Vesoul au début de la guerre et a subi les bombardements. Puis elle fut nommée dans la Manche, où de nouveau elle subit des bombardements. Progressivement se sont installées des obsessions, des préoccupations religieuses, la peur de commettre des péchés. Elle avait, d'après la description qu'elle en donne, des obsessions avec une anxiété qu'elle déclare intolérable. Elle a été soignée par plusieurs psychiatres. L'un pensait à une lésion temporale gauche.

En 1948 elle perdit sa mère, son état s'est aggravé. Le médecin qui la soignait alors dans la Manche l'a adressée au professeur agrégé David. Celui-ci nous a donné sur la malade les renseignements suivants : cette grande obsédée a subi en 1949 une lobotomie polaire bilatérale, que nous avions voulu faire très antérieure, car la malade était conservateur des hypothèques et, étant donné sa profession, nous avions voulu faire une opération à minima. Cette intervention n'a donné aucune amélioration. Aussi, devant la persistance et même l'aggravation des symptômes, et l'insistance de la malade et de son entourage, avons-nous décidé de pratiquer une lobotomie plus postérieure que la première. Celle-ci a entraîné une amélioration considérable de l'état obsessionnel. Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir cette malade depuis plusieurs années.

Le hasard nous a permis d'examiner Mlle Th... à l'occasion de son congé de longue durée. Elle a épuisé les trois années de congé à plein traitement. Elle n'a plus qu'un congé à demi-traitement. Celui-ci ne lui suffit pas pour vivre. Elle veut réintégrer son service.

Elle raconte son histoire avec précision, sans troubles de la mémoire ni du jugement. Elle déclare n'être plus obsédée. C'est une « amélioration radicale », dit-elle. Elle a eu en 1951 une crise d'épilepsie. Depuis, elle prend régulièrement tous les jours un comprimé de 5 cgr. de gardénal. Elle n'a plus eu de crises comitiales.

Nous l'avons examinée au point de vue de ses connaissances scolaires. Elle peut faire rapidement et mentalement un problème comportant une règle de trois. Elle ne fait aucune erreur de calcul. Elle peut raconter un récit qu'elle vient de lire. Elle a des connaissances scolaires supérieures au certificat d'études. Nous l'avons examinée

avec les tests de Terman. Elle a un niveau mental nettement supérieur à la moyenne et un quotient intellectuel normal. Elle n'a aucun trouble de la synthèse mentale. Elle donne des définitions excellentes des mots abstraits et la ressemblance entre trois objets disparates. Elle n'a aucune détérioration mentale. Toutefois, ses réponses sont un peu lentes.

Elle n'a aucun signe de maladie viscérale ni neurologique. La tension artérielle est de 11-7.

En résumé, elle a subi une lobotomie ; elle est débarrassée des obsessions qui légitimaient l'intervention ; elle n'a aucune détérioration mentale ; il nous paraît inutile de discuter une modification de la personnalité chez une malade qui souffrait et ne souffre plus, et est de nouveau dans des conditions qui lui permettent de recommencer de travailler. Nous n'avons trouvé aucune raison pour lui refuser le certificat de reprise du travail qu'elle nous demandait.

Discussion

M. S. Follin. — J'ai été intéressé par la présentation de M. le professeur Heuyer. Il semble s'agir d'une de ces malades comme nous en connaissons tous quelques exemples. J'ai entendu moi-même parler d'un médecin atteint de psychonévrose obsessionnelle particulièrement grave et qui, après lobotomie, a pu reprendre ses occupations professionnelles normales. Mais je ne crois cependant pas que des éléments statistiques tels qu'ils ont été présentés par M. Lobeau puissent, malgré l'intérêt des chiffres, jouer un rôle déterminant dans les discussions encore en cours sur les indications et la valeur de la psycho-chirurgie.

A mon sens, le problème se pose toujours d'une connaissance précise de l'histoire exacte du malade avant et après l'intervention chirurgicale, en particulier aussi des traitements appliqués et des conditions à la fois matérielles et psychologiques de l'application de ces traitements. Avec M. Sivadon, nous avons publié il y a quelques années les résultats, dans l'ensemble très mauvais, de 25 interventions neuro-chirurgicales ; or, il semble que lorsque l'on dispose de conditions de soins satisfaisantes, l'indication psycho-chirurgicale tend à disparaître. Dans une conversation récente, M. Sivadon me disait qu'à la suite de cette expérience, le problème ne s'était véritablement jamais posé pour lui de faire pratiquer une telle intervention. Il est de fait qu'actuellement, avec la chimiothérapie, et surtout lorsqu'il existe des conditions de réadaptation, l'indication de la psycho-chirurgie ne se pose pratiquement pas. Nous voyons même, et c'est ce que j'observe actuellement dans mon service avec ces traitements, quelques malades lobotomisées il y a quatre ans et plus et où j'obtiens des améliorations incontestables en reprenant les traitements devenus classiques ; qui nous prouve que si ces malades avaient été traités autrefois dans de meilleures conditions, des améliorations spectaculaires, voire même des guérisons, ne se seraient pas produites ?

Il me paraît d'ailleurs significatif que la principale, sinon la seule indication qui reste en vigueur de la psycho-chirurgie, est la grande psychonévrose obsessionnelle. De fait, il me semble qu'il s'agit là d'une de ces formes psychopathiques pour lesquelles notre armement thérapeutique est le plus pauvre. Dans une certaine mesure, cela tendrait presque à confirmer cette idée que la psycho-chirurgie n'est jamais qu'une thérapeutique de

pis-aller. Le problème consiste donc essentiellement de faire que les conditions de soins ne nous obligent pas à en arriver là.

M. J. Hamel. — est d'accord avec M. Heuyer pour estimer que la névrose obsessionnelle grave constitue une indication majeure de la lobotomie. Il a observé cependant des résultats remarquables dans des états divers : schizophrénies, manies chroniques, et même dans un cas de débilité mentale avec comportement pervers. Dans ce dernier cas, une topectomie fut pratiquée par M. Lebeau et suivie d'un réel et durable amendement. M. Hamel expose alors l'histoire clinique d'un jeune ingénieur, atteint en 1950 d'une schizophrénie hébéphréno-catatonique, en même temps que d'une tuberculose pulmonaire évolutive. La cure de Sakel étant impossible, le professeur Gelma, devant la gravité de l'évolution de la psychose, proposa une lobotomie précoce. Cette intervention fut suivie d'une rémission complète, qui permit le traitement en sanatorium pendant un an et la guérison du processus bacillaire ; après une seconde année de repos en famille, le patient fit une rechute (peut-être due à une erreur de doses de rimifon) et fut de nouveau placé à la Clinique psychiatrique de Strasbourg. Pendant plusieurs mois il présenta un status hébéphrénique. Le professeur Kammerer estima alors qu'une cure de rééducation était indiquée et me confia son malade, afin de le faire bénéficier de conditions plus favorables (ressources variées d'un grand hôpital psychiatrique). J'obtins d'abord une très bonne rémission par le largactil, et très rapidement le malade fut confié au chef de laboratoire de chimie biologique du Centre psychothérapique. En quelques mois, il réalisa des progrès importants. Il put quitter le Centre, et fut alors employé à titre bénévole au laboratoire d'hématologie de la Faculté de médecine, où il donna toute satisfaction. La correspondance du malade et les renseignements donnés par sa famille témoignent de l'excellence du résultat à ce jour. La réintégration de ce jeune ingénieur dans son emploi antérieur est actuellement envisagée.

La critique des témoignages et les enquêtes du médecin en psychiatrie médico-légale, par M. Henri Baruk

Si l'on admet en général que la loi de 1838 présente des dispositions suffisantes pour garantir la liberté de l'individu et éviter des séquestrations arbitraires, il n'en reste pas moins vrai que les meilleures lois ne valent que suivant l'esprit suivant lequel elles sont appliquées. Si on a constaté, pendant le XIX^{e} siècle et le début du XX^{e} siècle, l'absence ou l'extrême rareté d'internements injustifiés en France, ce résultat était dû, non seulement aux sages dispositions de la loi de 1838, mais encore à la force de l'esprit public, à l'état moral élevé de l'opinion prête à se lever contre toute injustice, et à la fierté d'un peuple qui avait l'horreur des abus de pouvoir et de l'arbitraire, état d'esprit qui est concrétisé dans la célèbre circulaire de Clémenceau du 18 juin 1906 aux préfets, qui écrivait « l'idée que l'un de nos semblables peut être indûment retenu dans un établissement d'aliénés est intolérable à la conscience humaine ». Mais depuis surtout les deux guerres, et plus spécialement depuis la dernière guerre, l'esprit public s'est un peu affaibli et la marche des idées dans notre époque tend à

donner le pas à la défense sociale et parfois même à l'esprit policier au détriment des facteurs moraux du respect de la justice individuelle. Il faut donc prendre garde au danger du retour à l'arbitraire, ce qui pourrait se faire sentir dans le domaine psychiatrique.

Ce danger est particulièrement souligné dans une importante thèse de droit récente, préfacée par Maurice Garçon, l'ouvrage de M. Jacques Prévault (1). Cet ouvrage considérable, extrêmement documenté, est dominé par la crainte des internements abusifs et des séquestrations arbitraires. Mais cet ouvrage critique est inspiré d'une idée générale d'attaque contre la loi de 1838, à qui l'auteur reproche d'être insuffisante pour la défense de la liberté individuelle.

Sans entrer ici dans la discussion des conceptions soutenues dans cet ouvrage, discussion qui demanderait de longs développements, nous voudrions ici nous limiter à quelques cas pratiques délicats relatifs au maintien de l'internement ou à la sortie de malades médico-légaux, sans aborder ici le problème des internements abusifs, si bien étudié par F. Adam (2).

A) *Le problème du dossier et la vérification des témoignages.* — Certains malades sont internés à la suite de réactions antisociales ou de dossiers de police. Lorsque les signes cliniques de maladie mentale ne sont pas évidents, il est bien certain que le médecin a le droit et le devoir, non seulement de prendre connaissance complète du dossier qui doit toujours lui être communiqué sans réticence ni difficultés, mais encore de reprendre certaines enquêtes si les documents du dossier ne lui paraïssent pas suffisants. A ce sujet, nous pouvons rappeler ici plusieurs cas qui ont illustré ce fait dans notre pratique concernant notre Service de la Maison nationale de Charenton.

Ce fut d'abord une célèbre affaire, qui d'ailleurs est tombée dans le domaine public à la suite du livre publié par le héros même de cette affaire sur son propre cas et sur son internement. C'est ainsi que M. S... fut interné dans notre Service le 24 décembre 1932, à la suite de lettres de menaces adressées à celui qu'il considérait comme son rival, et qu'il accusait d'être l'amant de sa femme. Le certificat du Dr de Clérambault mentionnait un « accès hypomaniaque typique » et une « exaltation passionnelle à thème jaloux ». A son entrée, M. S... présentait en effet un aspect expansif et déclamatoire, qui évoquait le tableau de l'hypomanie, aspect qui s'est atténué peu à peu, mais l'enquête minutieuse que nous avons faite au sujet des accusations du malade à l'égard de sa femme devait nous montrer qu'il ne s'agissait pas d'interprétations pathologiques mais de faits réels. Par conséquent, il ne s'agissait pas d'un délire de jalousie. C'est alors que, après deux mois et demi environ d'observation, temps nécessaire

(1) Jacques Prévault : *L'internement administratif des aliénés*, 1 vol., 384 p., Librairie générale de Droit et de Jurisprudence, Paris, 20, rue Soufflot, 1955.

(2) Frantz Adam : Des internements abusifs. *Thèse*, Lyon, 1912.

pour achever cette enquête et suffisant aussi pour voir se calmer l'état d'éréthisme présenté à l'entrée, nous avons demandé le 4 mars 1933 et obtenu la sortie du malade, qui a été mis en liberté le 21 mars 1933, après donc environ trois mois de séjour dans notre Service.

Cette affaire a fait l'objet d'un débat à la Chambre des députés, débat que l'on peut lire au *Journal officiel* du 5 avril 1933. A l'occasion de ce débat, les problèmes de l'internement d'office ont été évoqués à la Chambre des députés. Contrairement à ce qu'on pourrait croire à la lecture de ce débat, l'instruction de toute cette affaire a été laissée à la seule conscience du médecin ; c'est par le principe auquel nous sommes très attaché de la vérification minutieuse des témoignages, et de la nécessité de refaire nous-même certaines enquêtes au moindre doute que nous avons pu éclaircir cette affaire, et conclure à la sortie. Lorsqu'une campagne politique s'est déclenchée à ce moment dans toute la presse, nous avions déjà fait la demande de sortie. Dans une intervention à la tribune, dans cette séance, M. Léon Blum faisant allusion à notre rapport, dit avoir hâté l'envoi du médecin-inspecteur et hâté la libération qui en était la conséquence. Il est possible que cette intervention ait raccourci le délai qui s'est écoulé entre notre demande de sortie du 4 mars 1933 et la sortie du malade le 21 mars, mais ce que nous pouvons affirmer absolument, c'est qu'aucune intervention n'est intervenue avant la rédaction de notre certificat de sortie. Notre décision de réclamer la sortie a été prise par nous seuls, par suite du résultat de notre enquête, et par suite des résultats de notre observation.

B) *Les dangers de la suggestion par le dossier et la nécessité pour le médecin de refaire certaines enquêtes.* — Personne ne peut mettre en doute la nécessité pour le médecin d'étudier à fond le dossier et d'avoir tous les renseignements, mais le problème est de savoir à quel moment on doit faire ce travail. La plupart des experts commencent par l'étude du dossier avant l'examen du malade. Il y a dans cette méthode un danger, c'est celui d'être impressionné par le dossier et d'arriver à l'examen du malade avec déjà des conclusions préconçues. Plusieurs fois nous avons vu des experts, influencés tellement par le dossier, que l'esprit dans lequel ils examinaient les malades les empêchait de tenir compte d'éléments susceptibles d'infirmer le dossier.

Aussi estimons-nous que le médecin doit d'abord examiner le malade minutieusement, et prendre note de ses allégations et des éléments de sa défense lorsque bien entendu le malade est suffisamment lucide, puis ensuite il faut étudier à fond le dossier et, après cette étude, revoir le malade afin d'élucider les points de divergence entre le malade et le dossier et de savoir si ces points de divergence tiennent à l'état pathologique du malade ou à des erreurs d'enquête du dossier.

Certains, imbus de l'idée *à priori* que tout ce que dit le malade est faux mais que le dossier est par définition infaillible, sont choqués par

cette procédure. C'est ainsi que, dans une note de la préfecture de police du 16 juin 1955, adressée aux divers établissements psychiatriques, il est écrit : « Les investigations faites, soit par les commissaires de police, soit par le service d'hygiène mentale, ne sont pas des enquêtes de police judiciaire : les présumés malades ne sont pas des inculpés. » Il arrive cependant des cas où des malades lucides sont internés principalement en raison des faits qui leur sont reprochés ; si l'on tient le malade au secret sans même lui révéler les faits qui lui sont reprochés, on ne peut pas élucider la cause psychologique ou psycho-pathologique de ces faits et, d'autre part, on met le malade dans l'impossibilité de se justifier s'il y a lieu. En un mot, c'est là une méthode arbitraire (1).

On objecte le danger d'exciter le malade ou d'exciter sa vengeance en lui révélant ce dont il est accusé. Il y a là, bien entendu, une affaire de tact. Un médecin averti sait éviter de heurter le malade ou de lui monter la tête. Son rôle doit toujours être pacificateur. Mais, justement, le secret maintenu sans explication est plus exaspérant que tout, et les consolations lénitives ont souvent l'effet inverse, car le malade sent alors la fausseté de cette attitude.

Un cas récent illustre mieux que toutes les discussions les problèmes que nous venons d'envisager. Un médecin dont la femme était atteinte de cancer du sein, avec métastases multiples, dont une métastase cérébrale et hypophysaire, est accusé par un confrère d'avoir pensé à empoisonner sa femme par le cyanure dans un but d'euthanasie et peut-être dans le but de refaire sa vie. Cette accusation écrite repose sur une allusion au cyanure dans une conversation, et sur des témoignages policiers portant sur une personne amie de la famille et sur une femme de ménage, qui auraient confirmé ses craintes. C'est sur ces dépositions que le docteur en question est arrêté par la police en sortant de chez lui et conduit à l'Infirmerie spéciale, d'où il est conduit à Sainte-Anne, puis dans notre Service. L'examen et l'observation de ce médecin, tant à Sainte-Anne que dans notre Service, ne montre que des particularités psychologiques, mais ne permet pas de poser un diagnostic psychiatrique ferme. Son internement repose donc avant tout sur la nature pathologique des intentions (car il n'y a pas eu d'acte) qui lui ont été attribuées. Or, ces intentions, niées par le malade, reposaient sur quatre ordres de probabilités :

1) La première, dans le fait que ce médecin est un chimiste biologique qui aurait à un moment donné entreposé du cyanure chez lui. On pouvait donc supposer que ce cyanure avait été entreposé dans une intention criminelle. Mais renseignements pris auprès des chefs

(1) Il va sans dire que le plus élémentaire bon sens commande de ne pas communiquer le dossier au malade ni de lui révéler les noms des personnes qui l'ont incriminé, afin de ne pas exciter sa vengeance, mais dans certaines circonstances on est bien obligé de lui indiquer les *faits* qui lui sont reprochés afin de lui permettre de s'expliquer et, éventuellement, de se défendre, ceci dans le but essentiel de chercher la vérité.

de ce médecin, nous apprenons que, par suite de la mort du directeur de son laboratoire, ce médecin a dû quitter ce laboratoire où il poursuivait des recherches sur les propriétés biologiques des cyanures et qu'on l'a mis en demeure de quitter ce laboratoire, et d'emporter tous ses produits de travail. En attendant de trouver un autre laboratoire, il avait donc momentanément dû les entreposer chez lui. Ce premier argument tombe donc.

2) Le témoignage de la personne amie de la famille paraissait accablant à la lecture, mais pour plus de sûreté, nous avons convoqué cette personne pour l'interroger. Elle nous a alors appris que la femme du malade, très souffrante et même paraissant troublée, semblait atteinte d'une véritable idée de persécution à l'égard de son mari, qu'elle déclarait vouloir faire interner afin qu'après qu'elle serait morte son enfant ne soit plus élevé par son père. Cette malheureuse téléphonait et multipliait ses plaintes à la police et avait demandé qu'on interroge ses amis. C'est ainsi qu'un policier est venu un jour interroger cette amie de la famille. Celle-ci, émotionnée et embarrassée, fit diverses déclarations, mais le policier les nota sans ensuite lui soumettre la rédaction et sans la lui faire signer. En fait, cette personne protesta vivement dès qu'elle eut connaissance du dossier contre les déformations de ses déclarations (1).

3) Les mêmes constatations furent faites en ce qui concerne la femme de ménage, qui accusait au contraire la pression constante de la femme malade sur toutes les personnes en vue d'accuser son mari, accusation qu'aucun fait ne semblait justifier.

4) Nous avons alors jugé nécessaire d'examiner nous-même la femme du médecin, après avoir recueilli en outre les témoignages des médecins qui la soignaient, du spécialiste qui l'avait examinée, et de toutes les personnes qui avaient pris part à cette affaire. De toute cette étude, et de deux examens de la malade, il ressortait que la malade, atteinte d'un cancer généralisé, avec probablement une localisation hypophysaire, avait des troubles affectifs très nets et une sorte de haine pathologique à l'égard de son mari. De nos longues investigations, il ressortait la probabilité que cette femme malade, écrasée par le chagrin de la maladie incurable qu'elle connaissait, était à l'origine de toutes les plaintes alléguées contre son mari, plaintes qu'elle avait elle-même fomentées sans que ses témoignages aient jamais été vérifiés.

Nous passons sur d'autres erreurs moins importantes constituant une sorte de super-structure développée sur l'idée de la culpabilité du malade : une allégation de troubles sexuels qui ne figurait dans le dos-

(1) Précisément, la révélation de cette pièce accablante du dossier avait été faite au malade au moment-même de son internement, ce qui n'avait fait que le faire souffrir et l'indigner. En rectifiant la vérité par notre enquête, nous avons pu réparer cette fâcheuse impression et justement réconcilier le malade avec l'auteur présumé mais innocent de ses accusations.

sier qu'à titre de simple hypothèse médicale, sans aucun fondement et d'autres interprétations de ce genre, inspirées par la lecture d'un dossier qui s'étend parfois par des développements greffés sur des documents écrits considérés comme *à priori* infaillibles !

C'est grâce à cette longue enquête et à cette véritable instruction de l'affaire que nous avons réclamé et obtenu la sortie du Dr G... Sa conduite après sa sortie, son dévouement pour sa femme ont confirmé le bien-fondé de cette sortie. Il nous aurait été impossible d'éclaircir toute cette affaire sans confronter le malade avec les accusations dont il était l'objet dans le dossier. Loin d'irriter le malade, cette confrontation l'a au contraire beaucoup apaisé, car il sentait un effort réel et sincère pour découvrir la vérité.

Enfin après la mort de sa femme, le Dr G.... qui était venu en France d'un pays étranger, est retourné exercer la médecine dans son pays d'origine avec son enfant. Ainsi a été résolue pour le plus grand bien de tous, et aussi dans l'intérêt de la société elle-même, une affaire douloureuse qui, si elle n'avait pas été étudiée à fond, eût pu être à l'origine d'une séquestration arbitraire.

En terminant, notons deux arguments erronés qui sont souvent mentionnés contre la recherche de la vérité ; le caractère intangible des décisions antérieures et le point d'honneur de ne pas les changer, en second lieu le point de vue exclusif de la défense de la société contre tous les suspects. Ces deux arguments sont faux et dangereux. Le point d'honneur qui consiste pour ne pas déjuger les décisions antérieures à maintenir contre toute évidence un point de vue contredit par les faits, ou bien à étouffer d'avance toute enquête, et à fermer l'oreille à toute réclamation, constitue le point de vue même de l'injustice et de l'arbitraire, qui ruine, non seulement l'individu qui en est victime, mais le pouvoir qui l'applique.

Il est vain et faux, en outre, d'opposer la société à l'individu et de prendre systématiquement parti exclusivement, soit pour l'un, soit pour l'autre de ces deux facteurs. Il est bien préférable de rechercher simplement minutieusement la vérité, et de prendre les décisions que comporte la vraie justice, qui doit être scrupuleuse et humaine, car c'est seulement dans cette voie que l'on trouve la solution qui satisfait à la fois les exigences individuelles et les exigences sociales et qui réalise la paix.

Discussion

M. Xavier Abély. — La note de la préfecture de police invoquée par M. Baruk n'a pas la portée qu'il lui attribue. J'estime que le médecin d'un service psychiatrique n'a pas le droit de révéler à son malade le nom des personnes dont l'autorité administrative a recueilli les témoignages ainsi que les déclarations qui permettraient de déceler leurs auteurs. Ces renseignements ne peuvent être exploités dans l'examen du malade qu'avec discrétion et prudence, et sans en indiquer l'origine ou la laisser soupçonner. Si ces révélations entraînaient ultérieurement des réactions vengeresses, le

médecin serait passible de poursuites pénales pour double violation, du secret médical en qualité de praticien, et du secret professionnel en qualité de dépositaire d'un secret administratif. Par contre, le médecin est habilité à effectuer des enquêtes personnelles pour compléter son observation ou pour vérifier les renseignements administratifs. C'est ce que nous pratiquons habituellement directement ou par l'intermédiaire de nos assistantes sociales. Je ne crois pas que ce droit nous ait été contesté. Par ailleurs, je suis surpris de l'attitude, rapportée par M. Baruk, de ce confrère qui a assumé une grande part de responsabilité dans l'internement cité. Sans preuves, sans constatation de signes objectifs, il a dénoncé un empoisonnement hypothétique. Il aurait pu être poursuivi, non seulement pour révélation de choses apprises au cours de l'exercice professionnel, mais pour dénonciation calomnieuse. Me plaçant sur le plan général des principes, je rappellerai enfin que le secret médical est d'ordre public et non d'ordre privé. Il n'a pas pour base l'intérêt personnel du malade, mais la confiance collective que doivent avoir tous les malades présents et futurs pour le corps médical.

M. J. Leyritz. — La communication de M. le professeur Baruk est tout à fait opportune et en province il nous arrive des malades internés d'office sans que l'arrêté d'internement s'appuie sur une enquête médico-sociale préalable, précisant les faits pour lesquels le malade est interné d'office. Ces faits sont importants à connaître pour le médecin qui, dans certains cas, ne peut pas porter de diagnostic sans les connaître.

M. E.-M. Zerdoumi. — Je me permets de soumettre ces suggestions à propos de la communication du professeur Baruk.

La communication de mon maître Baruk touche les questions du dernier congrès concernant la moralité, le secret professionnel, etc., sur le plan médical.

Le problème me paraît avoir une importance capitale pour toute la médecine... et d'un intérêt général insoupçonné (santé, puberté, etc.).

Je m'explique : pour permettre à nos maîtres de libérer la médecine des limitations aveugles (à la faveur de l'esprit des médecins qui, en général, n'aiment pas les « histoires » et laissent la médecine s'effriter, pendant que des équivoques accusent les psychiatres d'interner les malades injustement, etc.), il faut qu'ils puissent éclairer tous les cas par des enquêtes.

Et c'est à vous, nos maîtres psychiatres, à apporter la lumière sur le problème de la médecine en entier...

M. M. Bergeron. — Dans un débat qui soulève tant de difficultés, l'avis du Dr G. Daumézon, secrétaire de la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine, aurait été précieux. Il aurait pu relater es-qualité et mieux que je ne saurais le faire la teneur des discussions qui ont eu lieu à ce sujet.

En son absence et à titre personnel, je pense pouvoir préciser cependant qu'à la suite de divers entretiens, la position prise dans la circulaire incriminée, dont les termes ont paru un peu fermes, a été reconsidérée.

M. H. Baruk a bien fait, quant au fond, de souligner l'importance de certains problèmes délicats qui relèvent de notre pratique de chaque jour et où le psychiatre doit prendre résolument position. J'ai pu suivre l'évolution du premier cas qu'il cite, tandis que je fréquentais son service. La deuxième observation souligne la nécessité de recueillir des renseignements précis si l'on veut aboutir à une solution humaine valable. L'une et l'autre attirent l'attention sur la responsabilité du médecin chargé d'un service d'hôpital psychiatrique et sur la gravité de sa tâche en pareil cas. A cet égard, le rappel de ces faits par M. H. Baruk me paraît très utile.

Rôle du rappel anniversaire dans le déclenchement des troubles mentaux post-émotionnels, par MM. P. SIVADON et J. BÉGOIN.

L'analyse clinique s'est longtemps cantonnée dans l'inventaire des symptômes et la description des syndromes, de leurs particularités et de leur évolution. Les tendances dynamistes tendent à compléter ces « tableaux cliniques » par une étude toujours plus poussée de la genèse des troubles, par un historique des interactions entre le sujet et son milieu, qui se révèlent dans les circonstances de son existence.

L'un de nous a déjà insisté à plusieurs reprises sur le rôle déclenchant de facteurs émotionnels minimes, lorsque ces facteurs rappelaient directement ou symboliquement un choc émotionnel grave survenu quelques mois à quelques années plus tôt.

Parmi ces facteurs, nous voudrions signaler aujourd'hui le simple rappel anniversaire de l'événement traumatisant. Les observations de ce type nous semblent très fréquentes. Nous en citerons quelques exemples plus loin. Le schème général est le suivant :

Un sujet subit un choc émotionnel grave. Il le surmonte en apparence aisément. Un ou deux ans plus tard (parfois davantage), apparaissent, à l'anniversaire de l'événement, des troubles mentaux (angoisse, dépression, parfois troubles délirants). La notion d'anniversaire passe habituellement inaperçue pour les raisons suivantes :

D'une part, le choc émotionnel primitif est rarement rapporté dans l'anamnèse. Tout se passe comme s'il était inhibé et exclu de l'histoire du sujet. On ne le retrouve qu'en le recherchant soigneusement et parfois seulement par l'interrogatoire de l'entourage.

D'autre part, l'éclosion des troubles précède souvent de quelques jours ou de quelques semaines la date exacte de l'anniversaire, ce qui semble à première vue exclure toute liaison entre les deux faits.

Enfin, le rappel anniversaire est presque toujours inconscient : le sujet affirme ne pas avoir été préoccupé par le souvenir de l'événement.

En effet, on est frappé, presque toujours, de la difficulté avec laquelle le sujet évoque l'événement traumatisant initial. Parfois, il le nie tout d'abord avant de le raconter. Toujours ou presque, il commence par affirmer qu'il s'agissait d'un événement sans importance, pour ensuite reconnaître qu'il était particulièrement angoissant. Sa date exacte est très souvent impossible à évoquer, alors qu'il s'agit de faits pour lesquels les points de repère sont habituellement précis (décès de parent proche, accident grave, etc...).

Ainsi qu'il est habituel dans les troubles mentaux post-émotionnels, le déclenchement anniversaire est précédé le plus souvent d'un syndrome de type neurasthénique : céphalées sus-orbitaires ou occi-

pitales, fatigabilité, troubles du caractère, baisse de rendement professionnel, troubles du sommeil.

Dans le plus grand nombre de ces cas, c'est au deuxième anniversaire que se manifestent les troubles mentaux. Assez souvent, le premier anniversaire a été marqué par des malaises ou par une affection physique bénigne (furonculose, bronchite, angine, appendicite).

Il arrive parfois que le rappel anniversaire soit doublé d'une autre émotion qui, à toute autre époque, serait sans doute restée sans effet et qui prend à cette occasion une résonance particulière.

*
**

Nous voudrions rapporter quelques exemples de rappels anniversaires, qui ont déclenché des troubles mentaux plus ou moins graves.

1) *Homme de 33 ans, ingénieur.*

1er novembre 1954 : mort accidentelle de son beau-frère dans un accident de voiture. Une poutrelle de sa 203 lui a défoncé le crâne.

8 juillet 1955 (neuf mois après la mort de son beau-frère) : le sujet se heurte violemment le crâne contre une poutrelle en inspectant son usine. Il se trouve alors sur une passerelle, à neuf mètres de hauteur, sans parapet, et il éprouve une peur intense d'avoir un vertige, qui le précipiterait au sol. Descend cependant l'escalier sans encombre.

Une heure après, une fois rentré chez lui, crise d'angoisse intense. Depuis, troubles digestifs, asthénie, troubles du sommeil, crainte obsédante de la mort, etc... Amélioration progressive.

Novembre 1955 : à l'anniversaire de la mort de son beau-frère, reprise des troubles.

2) *Femme de 45 ans, musicienne.*

Novembre 1941 : apprend que son fiancé vient d'être assassiné par les Allemands. Quinze jours après, amaigrissement, asthénie, anémie, troubles de l'état général.

Novembre 1950 : diagnostic de fibrome, opéré en mai 1951.

Novembre 1951 : crise douloureuse du poignet droit, c'est-à-dire du poignet qui manie son archet de contrebassiste. Depuis, tous les ans, au mois de novembre, coryza violent avec céphalées, douleurs aux sinus, palpitations.

3) *Jeune fille de 22 ans, sténo-dactylo.*

Juin 1954 : mort brutale d'une amie, âgée de 20 ans, qui venait, comme elle-même, de se fiancer.

Juin 1955 : départ de son fiancé au Liban. Brusquement, le 7 juin 1955, c'est-à-dire un an exactement après la mort de son amie, crise d'angoisse extrêmement violente, et apparition d'une névrose d'angoisse.

4) *Homme de 31 ans, économe.*

11 janvier 1952 : mort de sa mère, à laquelle il était très attaché.

30 janvier 1952 : subit une inspection générale et se fait faire des reproches sur le plan professionnel.

Juillet 1953 : troubles digestifs, troubles du caractère et du sommeil.

30 janvier 1954 : deux ans exactement après son inspection générale, état dépressif grave avec idées de suicide, nécessitant un traitement de choc.

5) *Femme de 31 ans.*

Janvier 1951 : phlébite compliquée d'embolie, au cours de laquelle elle apprend la mort subite de sa belle-sœur par embolie.

Janvier 1952 : dépression anxieuse légère.

Janvier 1953 : nouvel état dépressif.

Janvier 1954 : après une contrariété (on lui enlève brusquement un enfant dont elle avait la garde), état d'anxiété marquée avec obsessions hypocondriaques.

6) *Homme de 29 ans, ouvrier d'usine.*

13 février 1949 : accident du travail. Etait sur une passerelle, frappé par un filin d'acier, luxation de l'épaule. 48 heures après, grosse poussée de furonculose. Essaie de reprendre son travail, mais abandonne dès qu'il arrive dans l'atelier, et refuse de travailler.

11 février 1950 : deux jours avant l'anniversaire de son accident, accès d'anxiété, exprime des idées délirantes de filiation, pense que son frère aîné, qui a une situation supérieure à la sienne, n'est pas son vrai frère, en cherche la preuve partout, etc... Troubles du comportement, interné trois mois à Sainte-Anne.

Juillet 1950 : après une grippe, pleurésie séro-fibrineuse et reprise des troubles mentaux au décours de la pleurésie. Depuis, évolution sous forme d'accès de catatonie périodique, avec rechutes, soit en juillet, soit en février.

7) *Homme de 31 ans, ingénieur-chimiste.*

6 juillet 1951 : mort brutale de son père, le jour où le médecin avait dit qu'il était sauvé. Apparition progressive de quelques troubles du caractère.

Juin 1952 : à l'approche du premier anniversaire de la mort de son père, devient anxieux, et développe des idées délirantes de persécution, à caractère paranoïaque. Doit être placé en clinique, où il subit des électro-chocs. Reprend son travail début 1953.

Juin 1953 : recrudescence du délire de persécution. Placé en clinique puis à Ville-Evrard, où il subit une cure de Sakel. Reprend son travail début 1954.

Mi-mai 1954 : crise d'exaspération délirante violente, interné à nouveau.

8) *Homme de 24 ans.*

Février 1951 : service militaire, réformé au bout d'un mois ; apparition d'un état de stupeur catatonique, qui disparaît au bout de cinq mois.

Février 1952 et février 1953 : état de stupeur catatonique durant chacun un ou deux mois.

Février 1954 : nouvel accès de catatonie, entraînant l'internement.

9) *Homme de 45 ans, chauffeur.*

Novembre 1948 : écrase un piéton. Peu après, melœna, purpura intestinal ; malade pendant un ou deux mois puis reprend son travail.

En 1951 : ennuis avec le propriétaire. Etat dépressif.

Novembre 1955 : dépression mélancolique avec idées d'indignité et d'auto-accusation.

10) *Homme de 50 ans, manœuvre.* Alcoolique chronique.

6 janvier 1954 : mort brutale de sa femme. Apprend par le dispensaire anti-tuberculeux, où il est convoqué les jours suivants, qu'elle est morte d'une affection pulmonaire et qu'il doit se faire suivre lui-même régulièrement.

Début janvier 1956 : asthénie, vertiges... Légère anxiété, ressent un point douloureux au thorax, retourne au dispensaire anti-tuberculeux se faire radiographier. Mis en congé trois semaines. Un ou deux jours avant le jour où il devait passer à la radio, état confuso-onirique brutal.

11) *Homme de 40 ans, employé de bureau.*

Décembre 1945 : mort de son père. Se reproche de l'avoir négligé dans ses derniers moments.

Début 1948 : crise mystique.

Eté 1954 : deuxième crise mystique.

Début décembre 1955 : zona intercostal.

Janvier 1956 : bouffée délirante à thèmes mystiques, entraînant l'internement.

12) *Homme de 55 ans,* psychose maniaque-dépressive, évoluant depuis 2 ans.

Janvier 1942 : abandonné par sa femme, qui demande le divorce. Accès dépressif et premier internement.

Depuis, a fait près de vingt accès d'excitation, dont plus de la moitié apparaissent dans le courant du mois de janvier, et une dizaine d'accès dépressifs au printemps et à l'automne, jamais en janvier.

*
**

Nous avons recherché dans la littérature la description de ce phénomène qui, répétons-le, nous semble fréquent, bien qu'il passe très habituellement inaperçu. De très nombreux auteurs ont étudié les phénomènes de périodicité et de rythme en pathologie mentale, mais très peu ont noté l'influence de l'anniversaire, et aucun n'en a fait, à notre connaissance, une étude particulière. Pierre Janet, cependant, dans « Névroses et idées fixes » (pages 115 et suivantes), rapporte deux cas de troubles hystériques déclenchés par des émotions violentes, et qui se sont reproduits aux anniversaires des années suivantes. Il étudie, en particulier, le cas d'amnésie hystérique émotionnelle de Mme D..., décrit également par Charcot et Souques. Il note un fait qui corrobore nos propres observations : le maximum de recrudescence des troubles au deuxième anniversaire de l'émotion initiale. Mais il ne donne aucune explication du fait même de la reproduction anniversaire des symptômes. Carrier, dans sa thèse sur l'anorexie mentale, cite un cas rapporté par Cathala chez une

jeune fille où les troubles apparurent à l'anniversaire de la mort de sa sœur.

Quelle explication peut-on essayer d'esquisser de ces faits ?

Le rôle de l'anniversaire dans la vie collective n'a pas besoin d'être souligné : toutes les fêtes rituelles correspondent à des anniversaires, et c'est par des anniversaires que se perpétuent les événements nationaux et familiaux. L'anniversaire correspond à ce que Jung désigne sous le nom d'archétype, c'est-à-dire non seulement l'empreinte laissée par les expériences-types qui se manifestent aussi bien au cours de l'expérience individuelle qu'au cours de l'expérience ancestrale, mais encore une force ou une tendance qui pousse le sujet à renouveler ces mêmes expériences.

Le retour périodique des saisons ramène avec lui le besoin de réitérer certains comportements.

Il n'est pas étonnant qu'un événement traumatisant, fortement refoulé dans les zones inconscientes, soit ravivé par l'anniversaire, au point, tout en restant inconscient, de bouleverser l'équilibre émotionnel du sujet.

Il semble bien ici que l'on doive replacer un tel phénomène parmi les mécanismes généraux des troubles à déclenchement émotionnel, l'anniversaire ayant la valeur d'un rappel, d'un signal de la situation vitale antérieure.

Les travaux pavloviens portant sur les mécanismes des névroses expérimentales ont montré que, chez un animal de type nerveux faible, qui avait subi antérieurement une émotion forte, n'ayant entraîné que des troubles légers et passagers de son comportement, une émotion minime, mais rappelant la situation initiale, entraînait l'apparition de troubles durables et beaucoup plus profonds, c'est-à-dire l'apparition d'une névrose expérimentale. Celle-ci est caractérisée, en particulier, par la perte de toutes les réactions conditionnées naturelles et artificielles acquises jusqu'alors, et même la perte temporaire des réactions absolues, ainsi que d'importants troubles du comportement.

Avec toutes les réserves qu'implique l'application de l'expérimentation à la clinique humaine, on peut voir cependant, dans la description des conditions d'apparition des névroses expérimentales, des faits se rapprochant de la période de latence que l'un de nous a décrite dans les troubles mentaux post-émotionnels, sous le nom d' « allergie émotionnelle », et où ces troubles sont aussi déclenchés pr une émotion de rappel minime.

On peut également rappeler, à ce sujet, la conception de la psychonévrose émotive de Dupré, pour qui « un choc violent ou une série de chocs répétés rapidement » pouvaient entraîner la « sensibilisation, par une sorte d'anaphylaxie progressive, du système nerveux », aboutissant à la création d'un « état permanent, ou, du moins, très durable, chronique, d'émotivité morbide ».

En conclusion, nous pensons que :

1) Les phénomènes de rappel anniversaire dans le déclenchement des troubles mentaux post-émotionnels sont relativement fréquents.

2) Leur découverte nécessite une enquête anamnestique soigneuse, auprès du malade et de son entourage, ces faits étant le plus souvent camouflés, déplacés ou complètement inhibés.

3) Ces faits semblent susceptibles d'enrichir une compréhension génétique des troubles mentaux.

4) La recherche de tels éléments doit donc entrer dans la pratique de l'observation clinique de tous nos malades.

Note sur les premiers résultats de l'utilisation d'un nouveau médicament dépressolytique : le chlorhydrate de pipradol, par M. P. Bensoussan et Mme E.-M. Villiaumey.

Nous avons eu l'occasion d'expérimenter cliniquement depuis plusieurs mois un nouvel agent thérapeutique, le chlorhydrate de pipradol (C.P.) (1), qui nous a paru intéressant par son action psychostimulante et anti-dépressive, avec un minimum d'inconvénients secondaires, notamment au niveau du système nerveux autonome.

Nous avons l'honneur de vous présenter ci-dessous les premiers résultats globaux de cette expérimentation clinique, dont nous publierons séparément les observations détaillées qui, par leur volume, sortiraient des limites de cette communication.

Le C.P. n'est d'ailleurs pas un corps d'utilisation tout à fait récente puisqu'il a fait l'objet, depuis maintenant trois années, de très larges et très nombreuses expérimentations aux U.S.A. dans des domaines variés, de la neurologie et de la psychiatrie.

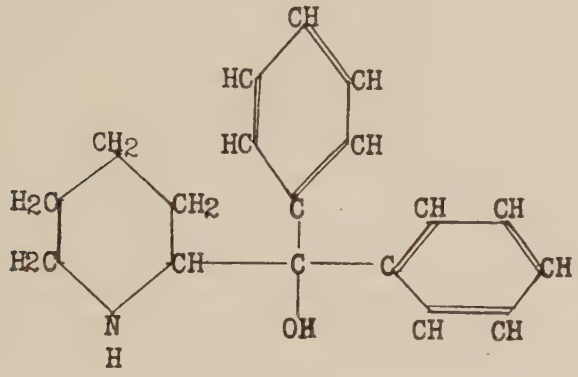
Il a été utilisé notamment par H. D. Fabing (1954), J. W. Schut et H. E. Imwich (1955), R. J. Antos (1954), etc..., qui ont tous conduit des expérimentations en clinique psychiatrique.

J. Pomeranze (1954) l'a surtout utilisé en gériatrie et B. B. Brown et H. W. Werner (1953) ont particulièrement étudié son action pharmacodynamique expérimentale.

En France, l'expérimentation du C.P. est encore restée très limitée à notre connaissance. Il faut cependant citer un important travail sur ses propriétés pharmacodynamiques chez l'animal par Mercier, de Marseille (1955) (non publié) et une intéressante revue de J. Thuillier (1955), mais qui rapporte surtout les résultats des expérimentateurs américains, et souhaite qu'une expérimentation plus large soit entreprise aux fins de les vérifier.

(1) Meratran, Toraude licence Merrel C°. N.-Y.

Le C.P. se présente sous la forme d'une poudre blanche, peu soluble dans l'eau. Il représente un nouveau type de composé chimique dont la structure est la suivante :



Il est intéressant de noter dès maintenant qu'il s'agit d'une nouvelle famille de composés chimiques non employés jusqu'ici en thérapeutique psychiatrique.

Nous devons signaler tout particulièrement le gamma-isomère du corps que nous avons employé, et qui a été le premier de ces isomères à faire l'objet d'une expérimentation clinique importante, la seule différence entre les deux corps résidant dans la transposition du radical NH de position 2 en position 4 dans le cycle pipéridyl.

Disons simplement que ce changement qui semble de peu d'importance amène une modification complète des propriétés pharmacodynamiques et que cet isomère-gamma, loin de se comporter comme un stimulant, semble agir comme un antagoniste du précédent, mais qu'il est surtout remarquable par ses propriétés anti-hallucinatoires expérimentales et cliniques, qui permettent d'espérer l'ouverture d'un nouveau champ à la recherche et à la thérapeutique psychiatrique. Nous reviendrons d'ailleurs sur les intéressantes propriétés de ce second corps dans une communication ultérieure.

Les auteurs qui ont pratiqué l'expérimentation sur l'animal ont montré que le C.P. amène un comportement hyperactif, mais sans réactions agressives, ni irritabilité. Il ne semble pas qu'il y ait d'effet dépressif secondaire. Ils n'ont pas retrouvé d'action pharmacologique ou seulement minime, ni sur la pression artérielle, ni sur le rythme respiratoire. Il est difficile de préciser dans l'état actuel des investigations le lieu de l'action du C.P., mais elle ne semble pas corticale, et on peut, avec probabilité, la localiser dans la substance réticulaire de la partie antérieure du tronc cérébral.

Enfin, il ne semble pas qu'il existe de réactions d'accoutumance (Mercier, 1955).

La toxicité du C.P. reste très modérée, avec une marge thérapeutique appréciable. B. B. Brown et H. W. Werner (1954) ont trouvé chez le rat une D.L. 50 de 180 mgr./kgr par voie orale. Elle est de 240 mgr./kgr. par voie sous-cutanée et de 30 mgr./kgr. par voie intraveineuse. Quant à la toxicité chronique, elle semble très faible, puisque des doses de 8 mgr./kgr. par jour pendant six mois n'entraînent aucun signe d'intoxication clinique ou anatomo-pathologique, chez l'animal d'expérience.

En clinique humaine, H. D. Fabing (1954) a pu, sans inconvénient notable, administrer à certains patients atteints de narcolepsie des doses de 100 mgr. quotidiens pendant dix-huit mois sans interruption, c'est-à-dire en pratique des doses dix à vingt fois plus élevées que les doses utiles en thérapeutique courante. Malgré l'importance de ces doses, l'examen biologique portant surtout sur les fonctions hépatiques et rénales, ainsi que les tests hématologiques, n'ont montré aucun signe anormal. Dans quelques cas, des doses immodérées ont pu amener des états d'excitation psychomotrice d'ailleurs légère. Mais, encore une fois, il s'agissait de surdosages sans aucun rapport avec les doses thérapeutiques habituelles.

En clinique, nous avons surtout été intéressés par l'action psychostimulante et anti-dépressive du C.P. Nous avons recherché comme test la disparition de la sensation de fatigue et d'impuissance, la reprise des activités normales de l'individu, de son goût et de son désir d'action, et la restauration du rendement antérieur avec bonne insertion dans le milieu habituel.

La surveillance des malades comportait la recherche des signes secondaires éventuels : modification de la tension artérielle, du pouls, du rythme respiratoire, de la motricité pupillaire et des fonctions excrétrices rénales et cutanées, modifications de l'appétit et du sommeil, retentissement sur le niveau thymique, enfin fatigue et dépression réactionnelles après la cessation du médicament.

Nous avons administré le C.P. sous forme de comprimés dosés à 1 mgr. de substance active. Ces comprimés étaient donnés le matin au réveil, en une seule prise lorsqu'il s'agissait de doses de un à trois mgr. Quand nous avons dépassé ces doses, et dans la zone de 3 à 8 mgr., qui a été celle de notre expérimentation courante, nous fractionnons les prises, par exemple, 2 mgr. le matin, 2 mgr. vers onze heures et 2 mgr. vers quinze heures, de façon à réaliser une action aussi continue que possible.

Nous avons évité systématiquement, plus d'ailleurs pour des raisons théoriques que pour des raisons dues à l'expérience, d'administrer le produit plus tard dans l'après-midi ou dans la soirée afin d'éviter une éventuelle action sur le sommeil.

Cependant, dans quelques cas très rares, le produit a été pris en fin de journée, par exemple 2 mgr. vers dix-neuf heures, et nous n'avons pas observé d'action empêchante sur le sommeil plus marquée que celles que nous signalons ci-dessous.

Dans l'ensemble, nous avons noté un certain nombre d'indications où l'emploi du C.P. semble spécialement intéressant :

1) *Dans les états de fatigue et de surmenage.* — Nous avons employé avec succès le C.P. à la dose de 2 à 6 mgr. par jour dans des états de fatigue et de surmenage survenus au cours de périodes d'activité intense chez des sujets cliniquement normaux. Le corps a toujours été bien toléré. Il a été très rare de noter des signes de subexcitation légère avec instabilité psychomotrice. Dans la plupart des cas, l'action a été manifeste, souvent rapide et parfois même spectaculaire. Nous avons enregistré une reprise de l'activité avec suppression de la sensation de fatigue, restauration de la capacité de travail et du rendement, mais sans sensation exagérée d'euphorie et sans dispersion hypomaniaque.

Dans ces cas particulièrement faciles à contrôler, nous n'avons pas enregistré d'action, ni sur l'appétit, ni de dépression secondaire au moment de l'arrêt du produit. Le sommeil a été assez diversement influencé, avec une diminution de besoin de sommeil dans la plupart des cas, surtout si les doses étaient données tard dans la journée, mais sans insomnie vraie. Les sujets non favorablement influencés ou indifférents ont été très rares.

2) Une indication proche de la précédente est réalisée par les états de fatigue au cours des maladies somatiques chroniques ou au décours de celles-ci (dépression de convalescents) ou dans les périodes post-opératoires. Là aussi, nous avons enregistré, dans les quelques cas essayés, des résultats satisfaisants analogues aux précédents et permettant la restauration rapide de l'activité normale chaque fois qu'elle était comptible avec l'évolution somatique.

3) *Dépressions réactionnelles.* — Il semble que ce soit dans ces états dépressifs réactionnels que le C.P. ait ses meilleures indications réellement psychiatriques. Il s'agissait de ces cas très banaux et si quotidiens en pratique courante de dépressions réactionnelles à des soucis d'affaires, à des traumatismes émotifs ou affectifs, et dans lesquels intervient très souvent un facteur de fragilité dû à l'âge, qui fait parfois un peu trop vite ranger ces cas sous l'étiquette mélancolie d'involution. Dans ces dépressions réactionnelles le C.P., donné à des doses qui varient de 2 à 8 mgr. par jour, donne des résultats souvent remarquables et qui semblent, compte tenu du recul limité à quelques mois, durables. Dans les cas favorables, on assiste rapidement à une disparition des réactions dépressives et à une normalisation du tonus affectif. Le dynamisme réapparaît, le sujet se retourne à nouveau vers l'avenir, les soucis qui avaient provoqué la dépression sont réévalués et ramenés à leur valeur réelle dans sa vie.

4) *Nous devons en rapprocher les dépressions liées à l'âge,* qui sont d'observation courante et dont il nous semble que le tableau s'écarte notablement de celui des véritables mélancolies d'involution.

L'action du C.P. y est assez souvent favorable en permettant une bonne réinsertion du sujet, compte tenu de ses possibilités, et l'essai thérapeutique nous semble mériter d'être tenté.

5) *Dépressions mélancoliques.* — Par contre, nous sommes plus réservés sur l'intérêt du médicament employé isolément dans les dépressions mélancoliques vraies, et plus généralement dans les états dépressifs à forte constituante anxieuse. Nous avons cependant noté dans de tels cas une action symptomatique souvent remarquable dans un délai très bref, mais elle s'accompagne presque toujours d'un important renforcement de l'anxiété, qui aboutit même, chez certains sujets, à un état de paroxysme anxieux si pénible qu'il interdit l'utilisation prolongée du médicament. Ce renforcement de l'anxiété, non seulement dans les dépressions mélancoliques mais chez tous les sujets présentant des dispositions anxieuses constitutionnelles ou une participation anxieuse importante dans le tableau clinique de leur état, nous a semblé la principale contre-indication de l'utilisation du C.P. utilisé seul. Elle a d'ailleurs été bien vue, discutée et mise au point avant nous par les auteurs américains, notamment H. D. Fabing (1955), et nos conclusions coïncident parfaitement avec les leurs. Il est cependant permis de penser, et nous orientons actuellement nos essais dans ce sens, que des associations médicamenteuses pourront permettre de lever cette hypothèque.

6) *Action symptomatique dans les schizophrénies.* — Nous avons utilisé le C.P. dans quelques cas de réaction psychotique de structure schizophrénique, et notamment quand nous avions au premier plan un tableau de désintérêt, d'apragmatisme et de retrait du monde extérieur. Nous avons obtenu quelques résultats intéressants mais purement symptomatiques et transitoires, permettant une reprise d'une certaine activité et des contacts satisfaisants avec l'entourage mais qui, en règle générale, s'effaçaient dès la cessation de la médication.

Nous pensons cependant que cette indication ne doit pas être rejetée car le C.P., en permettant une reprise de relation plus normale avec l'entourage, nous semble pouvoir faciliter grandement l'abord de ces malades et leur insertion dans une psychothérapie active.

7) *Alcoolisme.* — Nous avons utilisé le C.P. dans deux sortes de manifestations dues à l'alcoolisme :

1° au décours des états d'intoxication aiguë et d'ivresse ; nous avons observé un certain nombre de cas réagissant favorablement à l'action du produit, qui efface rapidement ce sentiment désagréable de fatigue, de dépression et d'état « pâteux » dû à l'intoxication et décrit par l'expérience populaire sous les noms imagés de « mal aux cheveux » ou de « gueule de bois » ;

2° au cours des cures de sevrage et dans le stade dépressif secondaire (c'est-à-dire pratique en fin de première semaine, la période des accidents primaires du sevrage étant celle des trois premiers

jours), nous avons utilisé avec de bons résultats le produit pour obtenir une diminution des symptômes dépressifs et asthéniques et une « remise en marche » plus rapide.

8) *Un certain nombre d'indications plus particulières* ont été signalées par les auteurs américains, notamment l'action dans la narcolepsie, le blépharospasme, et le torticolis spasmodique, mais il ne nous a pas été donné de l'utiliser dans des cas semblables et nous pensons, en raison des résultats signalés par les auteurs américains, qu'il serait intéressant que cette expérimentation soit reprise.

En conclusion, nous avons essayé depuis plusieurs mois le C.P. dans une série d'états dépressifs d'origines diverses. Nous avons obtenu des résultats appréciables et avec un minimum d'inconvénients, notamment dans les états de fatigue, de surmenage ou d'efforts inhabituels des sujets normaux et dans les cas de dépressions réactionnelles ou de dépressions liées à l'âge. Nous avons également obtenu des résultats symptomatiques transitoires mais utiles dans certains cas de syndromes schizophréniques. D'autres syndromes psychiatriques ont été moins favorablement influencés, notamment ceux comportant une importante composante anxieuse. Mais il est permis de penser que des associations médicamenteuses permettraient de palier dans une grande mesure à cette contre-indication. En définitive, le C.P. nous a semblé mériter de retenir votre attention et constitue certainement un agent thérapeutique valable.

Nous rappellerons, pour terminer, l'intérêt qui s'attache, non seulement à ce corps, mais à certains dérivés de la même famille chimique, mais d'action différente qui, comme son isomère-gamma, semble appeler une large expérimentation en psychiatrie.

Discussion

M. A. Beley. — Je ne veux ni confirmer ni mettre en doute l'action bénéfique sur les états dépressifs de ce nouvel agent pharmacologique qu'est le chlorhydrate de pipradol : un de plus dans une interminable liste, puisqu'il faut absolument se renouveler dans le domaine de la thérapeutique comme dans celui de la mode.

Je veux seulement discuter du titre de cette communication, et en particulier mettre en cause l'adjectif employé pour caractériser la drogue en question. Il est admis que le médecin — et le psychiatre ne s'en fait pas faute —, emploie facilement des mots obscurs ; il est plus difficile d'admettre qu'il emploie des mots impropres. Ce mot « dépressolytique » me heurte, parce qu'il signifie littéralement que le médicament attaque la dépression, la détruit, la fait disparaître. Or, les résultats qui nous sont apportés montrent que le chlorhydrate de pipradol, s'il est capable de lutter contre certains facteurs biologiques de la dépression, n'assure pas la lyse de celle-ci. Pas plus d'ailleurs que les sympathicolytiques ne font taire le sympathique. Nous ne dirions jamais asepsie pour antisepsie. Contentons-nous donc d'un adjectif clair et exact : « anti-dépressif », au moins tant que nous ignorons de quelle façon et à quel niveau agit ce médicament.

Considérations sur l'étiologie de la démence artériopathique,

par MM. J. Borel, R. Camar et J. Bailly.

Si l'on en juge par le nombre des publications qui lui sont consacrées, on ne s'intéresse guère à cette affection. Dans les tables analytiques des *Annales médico-psychologiques,* bien peu de titres lui reviennent. De 1870 à 1930, on compte, sauf erreur, quatre articles originaux sur l'artériosclérose et un sur la démence organique. Dans ces vingt dernières années, on n'en trouve aucun ; il ne serait presque pas parlé d'elle si M. Marchand n'en avait rapporté, devant la Société, un certain nombre d'examens nécropsiques. La rubrique des analyses ne signale que la thèse de Mme Leulier-Barat en 1945 et en 1940 l'article, à retenir, de l'auteur américain H. Clow.

L'étiologie traditionnelle situe les intoxications et les infections à l'origine de l'artériosclérose. Dans l'édition de 1914 de son *Précis,* Régis place encore l'artériosclérose à côté de l'atrophie cérébrale, dans la démence sénile, qui peut survenir avant 50 ans et se voit surtout chez les alcooliques chroniques, les arthritiques et les syphilitiques. Delmas, dans la *Pratique psychiatrique,* en 1929, décrit une démence organique commune, liée à la tuberculose, la syphilis, le paludisme, l'alcool, le plomb, le diabète, la goutte, etc. ; cela explique sa fréquence chez l'homme et son apparition à la cinquantaine. Les formes les plus fréquentes de cette démence organique relèvent de l'artériosclérose. On doit donc comprendre que l'auteur reconnaît à celle-ci les causes qu'il énumère plus haut. Dide et Guiraud, dans leur *Précis,* donnent à cette affection la place nosographique qu'elle mérite ; ils admettent encore qu'elle résulte souvent de facteurs acquis, syphilis, saturnisme, alcoolisme, etc. Dupré, plus prudent, s'en était tenu aux « causes obscures » de l'athérome, auquel il joignait une prédisposition.

L'athéromatose est un problème de pathologie générale dont la biochimie a récemment renouvelé les données. Il n'en importe pas moins de savoir dans quelle mesure l'hérédité, le sexe, la profession, les excès, l'alcoolisme, la syphilis, les maladies passées, les chagrins, les chocs moraux, sont susceptibles de la favoriser. C'est cette enquête que nous avons faite dans les dossiers de nos malades et dont nous rapportons les résultats.

Nous avons rassemblé 93 observations d'hommes, sans choix ni tri préalable, condition d'une appréciation aussi proche que possible de la réalité. Si quelques-unes ont été écartées, c'est qu'il y manque des éléments essentiels, âge, début, etc. Elles concernent les malades actuels du service et ceux qui sont décédés dans les cinq dernières années ; elles groupent les artériopathiques et les séniles, ceux-ci étant joints pour fournir des termes de comparaison. Les morts ne sont pas là seulement pour augmenter le matériel d'étude, ils peuvent seuls apporter une vue complète de l'évolution.

Il y a 60 artériopathiques, dont 37 décédés et 33 séniles, dont 21 décédés. Dans un service de femmes voisin, on compte au contraire 76 séniles pour 9 artérioscléreuses. Ces proportions confirment une notion bien connue, l'artériopathie prédomine chez l'homme. Quel est l'âge de nos malades à leur entrée ? Un seul a 47 ans, neuf seulement ont de 50 à 59 ans, vingt-deux de 60 à 69, vingt-huit de 70 à 83 ans. L'affection peut apparaître à la cinquantaine et même avant, mais c'est beaucoup plus rare qu'on a dit ; plus du tiers se situe entre 70 et 75 ans. Il est vrai que l'entrée n'indique pas forcément le début de la maladie, mais en général les familles ne gardent pas longtemps de tels sujets. D'autre part, les apoplexies de la cinquantaine, mortelles ou laissant une simple hémiplégie, n'entrent pas dans notre sujet.

L'âge des séniles à leur arrivée est nettement plus élevé : pas un seul au-dessous de 67 ans, quatorze de 80 à 90 ans. La démence sénile a une durée plus longue et une évolution plus lente, qui permet aux familles de garder leur malade plus ou moins longtemps.

La durée d'hospitalisation est brève. La plus longue, chez les trente-sept décédés, fut de 4 ans pour deux sujets seulement, la plupart ont passé à peine 1 an. Les séniles tiennent plus longtemps, sept sur vingt et un sont restés de 1 à 5 ans. Mais ces chiffres ont peu de valeur, il suffit d'une épidémie de grippe un hiver pour emporter la moitié de ces malades ; les évolutions pures sont insaisissables statistiquement.

La durée entière de la maladie, c'est-à-dire en comprenant la période avant l'entrée, échappe souvent à une précision rigoureuse (mort du conjoint, etc.) ; sur vingt et un sujets, cinq fois elle a dépassé 5 ans, avec un maximum unique de 10 ans ; onze fois, elle a évolué pendant 1 à 3 ans, et cinq fois en quelques mois seulement. L'artériopathie cérébrale diffuse n'est donc pas, au moins dans la forme d'hôpital, une affection d'aussi longue durée qu'on le croit ordinairement. Dans près d'un quart des cas, elle n'atteint même pas une année.

La démence sénile est nettement plus longue. Dans les dix cas que nous avons pu entièrement connaître, elle est allée de 3 à 10 ans, celui de 3 ans étant d'ailleurs mort incidemment.

L'étude des ictus n'est pas sans intérêt. Ils sont très fréquents, plus qu'on ne dit dans les livres. Trente de nos malades, soit la moitié, ont fait un grand ictus, avec coma et hémiplégie. Mais dix-huit autres ont fait un petit ictus, caractérisé par une parésie, une paraphasie, une dysarthrie, etc. Les trente-sept décédés en ont présenté 31, dont 20 apoplectiques. On peut donc dire que l'ictus est la règle.

Ces chiffres suffisent à montrer quelle inutile et arbitraire séparation les auteurs classiques se croyaient obligés de faire entre les troubles psychiques des ictus et les troubles par lésions vasculaires diffuses. L'ictus apparaît d'ailleurs à n'importe quel moment de l'affection. Dans nos cas, seize fois il a marqué le début de la démence ; les lésions artériolaires étaient déjà importantes, le débit sanguin et

la nutrition des éléments nerveux tout juste suffisants, l'ictus détruit cet équilibre incertain. Parfois, l'ictus précède le déficit intellectuel de plusieurs mois ou plusieurs années, l'artériolite se développant ultérieurement. Six fois l'ictus fut terminal, avec coma ; mais il arrive que la période de cachexie terminale soit liée à de petits ictus qu'on ne peut apprécier nettement.

Un fait qui n'a pas été signalé, à notre connaissance, c'est l'extrême prédominance de l'hémiplégie droite : dix-neuf sur vingt et une contre deux à gauche. Il faut encore y joindre quelques paraphasies et jargonaphasies, à l'exclusion des dysarthries par lésions sous-corticales. A quoi tient cette prédisposition du cerveau gauche ? Sans doute pas à sa dominance fonctionnelle. Peut-être la pression sanguine s'élève davantage dans le système sylvien de ce côté ; on pourrait peut-être alléguer la disposition anatomique du tronc brachiocéphalique, déjà en cause dans l'hémiplégie droite des mitraux.

Nous allons à présent examiner de près les conditions étiologiques habituellement avancées et vérifier leur véracité.

L'existence, la vie sociale de tous nos sujets a été normale, régulière, sans désordre, laborieuse et honnête. Un seul était fortement original, fantasque, artiste, d'ailleurs socialement très stable. Toutes les professions sont représentées, artisans, ouvriers spécialisés, manœuvres, illettrés, licencié en droit, homme d'affaire, employé de banque, directeur commercial, dessinateur, statuaire, etc. La nationalité ne manque pas non plus de variété ; à côté des français, on trouve italien, espagnol, belge, turc, russe.

Les maladies passées n'ont aucun intérêt. Comme infection, nous n'avons relevé qu'une scarlatine. L'arthritisme, cher aux vieux auteurs, il n'en est plus parlé. Nous avons noté deux glycosuries, dans un cas la mère avait été diabétique. La syphilis est signalée trois fois. Un cas est d'ailleurs une syphilis cérébrale avec réactions humorales et par conséquent ne doit pas compter dans l'athéromatose. L'autre cas n'a que l'antécédent de l'accident primaire à 23 ans, toutes réactions négatives. Le troisième, enfin, unit la syphilis à l'alcoolisme. C'est un cas unique : cette association complaisamment citée autrefois est donc exceptionnelle, de sorte qu'elle reste sans valeur causale.

Les intoxications ne fournissent pas plus d'éléments valables. On relève un seul cas de saturnisme avec coliques de plomb. Quant à l'alcoolisme, il est lui aussi fort rare : 3 cas sur 60. L'un est celui déjà signalé, associé à la syphilis. Dans l'autre, il existait aussi chez la sœur, ce qui prouve une disposition sous-jacente. Le troisième avait fait des excès temporaires à 55 ans, pendant la guerre, et son affection commença à 70 ans. Enfin, deux fois les certificats indiquent l'alcoolisme comme possible ou probable, mais de façon gratuite, car rien ne l'a confirmé. Il faut souligner l'exactitude des renseignements fournis par les familles ; elles ne dissimulent pas les excès de boisson, elles ont même plutôt tendance à les exagérer, comme nous le voyons à propos des autres psychoses. Et toutes les feuilles de ren-

seignements qu'elles ont remplies avec soin indiquent, sauf les trois cas précités, la sobriété.

Et la cause morale ? On l'invoque volontiers là où elle n'a souvent rien à faire, mais on ne l'évoque guère ici. Cette démence grossièrement organique semble ne réclamer qu'une étiologie du même ordre. Or, sept fois nous trouvons à l'orée de la maladie un choc affectif important, un chagrin profond : deux décès de l'épouse ayant affecté gravement les sujets ; la mort d'une fille unique tendrement aimée ; la perte brutale de la fortune dans un coup de bourse ; une très violente émotion dans un accident de la voie publique ; la terreur des nazis chez un sujet dont le fils et plusieurs parents furent déportés ; la destruction de son atelier par bombardement chez un artisan. L'un de nous, dans des observations antérieures, avait relevé la mort d'un fils, l'abandon par la femme, une condamnation excessive pour abattage clandestin, l'internement du fils pour schizophrénie (le sujet était diabétique). La cause morale doit donc entrer dans l'étiologie générale de la démence artériopathique, sa réalité est indiscutable et son importance peut-être plus grande qu'il ne nous a été permis d'en juger.

La cause morale n'est pas incompatible avec la prédisposition héréditaire. Il ne faut pas opposer des causes susceptibles de s'associer. On connaît d'ailleurs depuis longtemps les formes héréditaires de l'hypertension, survenant au même âge chez le grand-père, le père et le fils, leur évolution irrémédiable ; il faut ajouter leur même localisation cérébrale. Ici, malheureusement, les renseignements sont difficiles à obtenir. Néanmoins, nous retrouvons huit fois chez nos sujets l'élément atavique : ictus apoplectique mortel ou suivi d'hémiplégie chez le père, ou la mère, le frère, la sœur. Parmi eux se place le malade dont l'affection commença à la mort de sa fille unique : la mère fut paralysée à 72 ans, une sœur mourut à 53 ans d'un ictus. Il est à noter que, sur cette liste, figurent deux des trois buveurs de notre série.

Nous arrivons maintenant à la cause véritable, immédiate, de notre démence, la maladie artérielle, caractérisée par l'hypertension et l'athérome. L'hypertension est de règle. Sur quarante-quatre observations utilisables, on la trouve vingt fois de 20 à 27, dix-neuf fois de 16 à 19, la minima étant alors élevée à 10 ou 11. Cinq fois seulement elle est à 13 et au-dessous. Mais on peut considérer celles-ci comme des hypertensions tombées ; nous en avons plusieurs exemples : 23-14 en 1949 passé à à 17-10 en 1954 ; 20-10 en 1950 et 13-9 en 1955 ; 25 en mai et 17-11 en juillet ; 24-11 en avril 1954 et 13-8 en juillet 1955, etc.

Le rein est atteint huit fois, avec une albuminurie minime et une azotémie au-dessus de 0,50. En outre, quatre azotémies isolées ont été constatées.

Les artères périphériques sont dures et flexueuses. On sait que l'artériosclérose est une combinaison de lésions, athérome, calcification et fibrose de la média, dégénérescence hyaline. C'est celle-ci qui

domine dans les artérioles viscérales, en particulier au cerveau. La pathogénie de l'athéromatose est encore obscure. Le métabolisme des lipides est perturbé, l'hypercholestérolémie habituelle, sans que son rôle soit bien déterminé. Il semble que les dépôts vasculaires soient dus aux grosses molécules lipoprotidiques en circulation, insuffisamment scindées. Ce sont des conditions humorales, métaboliques et neuro-hormonales, qui provoquent la dégénérescence des parois artérielles.

Mais pourquoi l'artériopathie, maladie diffuse, se localise-t-elle si volontiers au cerveau ? Ce point ne paraît pas avoir beaucoup retenu l'attention. Un récent travail de Riser et Planques, dans la *Presse médicale,* permet peut-être de s'en faire une idée. Quand la tension artérielle est normale, la tension au niveau des membres varie avec les mouvements, plus élevée en position déclive ; au contraire, les tensions rétinienne et temporale, très voisines l'une de l'autre, sont remarquablement stables. Dans l'hypertension, la tension, par rapport à celle de l'humérale, augmente aussi aux doigts, beaucoup moins dans les membres inférieurs, mais beaucoup plus dans les artères rétinienne et temporale. L'hypertension se porte donc davantage dans les artères céphaliques, et le phénomène s'accuse en proportion de l'hypertension générale. Ainsi s'expliquent, d'après Riser et Planques, le signe de la temporale, la prédilection des hémorragies nasales, rétiniennes, cérébrales, et la localisation cérébrale des œdèmes de cause non cardiaque. N'est-ce pas ce facteur particulier d'hypertension céphalique qui favorise la dégénérescence hyaline des artérioles ?

La maladie artérielle, dont la démence artériopathique n'est qu'une forme évolutive, ne doit par conséquent rien à cette étiologie de routine qui fait appel aux infections, à la syphilis, aux intoxications, et en particulier à l'alcoolisme. Elle existe chez les animaux, herbivores autant que carnivores. On la reproduit facilement chez eux par l'adrénaline, la desoxycorticostérone, la surcharge en cholestérol et non pas l'alcool. Le mâle et la femelle ne réagissent pas de la même façon ; les œstrogènes inhibent généralement l'athéromatose. Voilà l'explication du fait anciennement constaté de la grande prédominance chez l'homme, qu'on n'avait pas manqué d'attribuer à l'alcoolisme.

La maladie artérielle est beaucoup plus fréquente en Angleterre et en Amérique qu'en France. De 1930 à 1948, les décès qu'elle a provoqués sont passés de 14,8 à 85,7 en Angleterre et de 21,1 à 109,9 en Amérique, pour 100.000 habitants. En même temps, elle touchait des sujets plus jeunes. La classe sociale la plus atteinte est par ailleurs celle qu'on admet la plus indemne d'alcoolisation, intellectuels, chefs d'entreprise, etc. Il faut reconnaître que dans ces pays, où la vue n'est pas bornée par le préjugé alcoolique, qui est en fin de compte une explication de paresse, l'étude de ce chapitre de pathologie est plus poussée qu'en France.

Nous avons signalé le travail de H. Clow sur les causes de la psycho-

pathie artérioscléreuse, où l'auteur écarte l'alcool et le tabac, pour retenir l'hypertension, les chagrins, les deuils. Notre investigation l'a pleinement confirmé, en y adjoignant l'hérédité. Les causes favorisantes de la démence artériopathique, affectives et sociales, ne seront toutefois bien établies que lorsqu'on aura entièrement élucidé les mécanismes biologiques de la maladie artérielle.

Election de cinq membres correspondants nationaux

Après audition du rapport de M. H. Baruk, au nom d'une commission composée de MM. Michaux, Gallot et Baruk, rapporteur, M. le Dr Philippe Decourt est élu *membre correspondant national*, par 22 voix sur 24 votants.

Après audition du rapport de M. Chanès, au nom d'une commission composée de MM. Marchand, Beley et Chanès, rapporteur, M. le Dr C. Ganry est élu *membre correspondant national*, par 22 voix sur 24 votants.

Après audition du rapport de M. Bessières, au nom d'une commission composée de MM. Martimor, Minkowski et Bessières, rapporteur, M. le Dr J. Fusswerk est élu *membre correspondant national*, par 18 voix sur 24 votants.

Après audition du rapport de M. Guiraud, au nom d'une commission composée de MM. Baudouin, Gouriou et Guiraud, rapporteur, M. le Dr M. Vercier est élu *membre correspondant national*, par 21 voix sur 24 votants.

Après audition du rapport de M. Paul Abély, au nom d'une commission composée de MM. Delmas-Marsalet, Donnadieu et Paul Abély, rapporteur, M. le Dr G. Collier est élu *membre correspondant national*, par 22 voix sur 24 votants.

Invitation de la Royal Medico-psycological Association

La Royal Medico-Psychological Association de Londres a bien voulu inviter la Société médico-psychologique à se faire représenter à sa réunion générale annuelle de juillet 1956.

La Société a délégué, à cet effet, le Dr Noël Péron.

La séance est levée à 19 heures.

Le secrétaire des séances :
M. Bergeron.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Réunion du 5 janvier 1956

Les états de mal épileptique corticaux et leur traitement chirurgical d'urgence, par MM. J. Guillaume et G. Mazars.

Les auteurs pensent que lorsque le diagnostic clinique de lésion corticale est porté lors d'un état de mal, c'est l'indication à la chirurgie. L'étude des signes cliniques et électriques leur permet de préciser que la localisation frontale des lésions frontale ou rolandique est la plus féquente. Dans 11 cas qui avaient résisté aux thérapeutiques chimiques, l'intervention a permis d'obtenir un arrêt de l'état de mal.

Hémiathétose gauche consécutive à une encéphalite de la 1re enfance, par MM. G. Heuyer, M. Feld, R. Misès et M. Fardeau.

Les auteurs présentent un enfant de 12 ans porteur d'un syndrome pyramidal déficitaire gauche, avec mouvements athétosiques des membres supérieurs, une astérognosie gauche ; le niveau mental est abaissé, mais le malade est éducable. Il existe une dilatation du ventricule droit au niveau de la corne frontale. Le malade est présenté avant une intervention qui doit consister en une cordotomie.

Syndrome du carrefour sous-thalamique avec hémichorée par MM. Th. Alajouanine, F. Contamin et J. Marteau.

Les auteurs ont observé chez un malade un syndrome déficitaire gauche avec hémianesthésie et syndrome cérébelleux, des mouvements involontaires au niveau de la face et des doigts réalisaient l'attitude de la main creuse, une astéréognosie et une hémianopsie unilatérale homonyme gau-

che ; le tout en rapport très vraisemblablement avec une lésion de la cérébrale postérieure. Le caractère partiellement régressif et les syncinésies d'imitation très particulières doivent être soulignés.

Myasthénie, résultat lointain d'une double énervation sinu-carotidienne, apparition secondaire d'ophtalmoplégies permanentes par MM. A. Grossiord et J.-P. Held.

Les auteurs notent l'observation d'une malade atteinte de myasthénie typique depuis 1945, une ou plusieurs poussées par an, parfois dramatiques. En 1949, au troisième mois d'une grossesse, énervation sinus-carotidienne. Depuis, malgré l'absence de tout traitement, aucune poussée n'est apparue à l'exception de séquelles oculo-motrices définitives. Les auteurs discutent :

1° le rôle respectif de la grossesse et de l'E.S.C. dans l'amélioration de la maladie ;

2° l'étiologie des troubles, oculo-moteurs, peut-être s'agit-il d'une atteinte nucléaire.

Volumineux anévrisme cirsoïde de la fosse postérieure. Exérèse chirurgicale (Présentation de malade), par MM. A. Laine, P. Graux, Delandtsheer, J. Galibert et Mme Delandtsheer.

Les auteurs observent un malade qui a présenté deux hémorragies méningées, la deuxième s'étant compliquée d'hémiplégie avec atteinte cérébelleuse. Au décours du deuxième accident, il existe un syndrome cérébelleux droit, un syndrome de Parinaud des V, VI et VIII gauches. L'artériographie vertébrale montre l'existence d'un volumineux anévrisme cirsoïde dont l'ablation entraîne une très importante amélioration des troubles.

Un peu plus tard, malheureusement, apparaissent de gros troubles de l'équilibre et une dysarthrie qui font craindre l'existence de thrombose secondaire.

Calcification des noyaux gris chez un enfant de 8 ans,
par MM. G. Heuyer, M. Feld, L. Lote et Mme G. Pringuet.

Les auteurs décrivent le syndrome clinique comme celui d'une débilité psychique succédant à un retard psychomoteur des premières années, avec troubles du comportement aggravés à l'âge scolaire sous la forme d'impulsions anti-sociales. L'examen neurologique ne révèle qu'une débilité motrice avec hypotonie de l'hémiface gauche, mais l'électro-encéphalogramme montre une souffrance diffuse de l'hémisphère droit et une activité épileptique de la région temporale droite.

Les radiographies craniennes révèlent une traînée de calcification intéressant le noyau caudé et le thalamus droit. Les caractères topographiques et morphologiques des calcifications sont précisés par pneumographies et artériographie. Les auteurs discutent la nosologie de la maladie de Fahr, qu'ils considèrent comme un cadre d'attente, réunissant des maladies hétéroclites.

Atrophie cérébrale avec régression psychomotrice consécutive à un traumatisme cranio-cérébral chez un enfant de 10 mois, par MM. G. Heuyer, M. Feld, Mme G. Pringuet et M. Audisio.

Les auteurs présentent l'observation d'un enfant de 10 mois qui, en pleine santé, et manifestant un développement psycho-moteur précoce, subit un traumatisme cérébral très grave avec coma carus quinze jours durant, décérébration, attaques épileptiques, troubles végétatifs importants. Le bilan neuro-psychiatrique fait deux ans après le traumatisme montre une régression psycho-motrice globale, un état d'inertie avec séquelle hémiplégie gauche.

Les pneumographies ont permis de surprendre l'installation de l'atrophie cérébrale et cérébelleuse diffuse vingt jours après le traumatisme ; la formation d'une lacune malacique du lobe frontal droit, 50 jours après le traumatisme. Les lésions destructives continuent de s'accentuer deux ans plus tard. Une encéphalopathie caractérielle évolutive s'est constituée.

Syndrome de l'auriculo-temporal en association avec des crises douloureuses homolatérales (migraine, névralgie faciale et du glosso-pharyngien) et des crises comitiales ; à propos de 2 observations, par MM. R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge et J. Minvielle.

Les auteurs rapportent deux exemples de syndrome de l'auriculo-temporal consécutifs à une blessure par balle dont l'intérêt tient à la rareté relative de ces manifestations et à leur association à une hémicranie douloureuse dans les deux cas, de fausses absences temporales pour l'une de ces observations. Le point commun de ces intrications symptomatiques réside dans leur déclenchement lors de la mastication.

Encéphalopathie post-traumatique évolutive à dominance végétative et métabolique, par MM. R. Lafon, P. Pagès, R. Labauge, J. Minvielle et A. Pagès.

Les auteurs rapportent l'observation complexe d'un sujet ayant subi trois traumatismes craniens successifs, au décours desquels apparaît, étalée dans le temps pendant une période de six ans, une série de symptômes orientant vers une atteinte du cerveau basal ; hyperthermie chronique, obésité facio-tronculaire, diabète insipide, modifications du comportement instinctuel, troubles du sommeil, crises comitiales avec auras boulimiques, syndrome alterné du tronc cérébral. Il convient de souligner le caractère évolutif très particulier de ce cas ainsi que son intérêt médico-légal.

E. Foucquier.

Société de médecine légale et de criminologie de France

Séance du 9 janvier 1956

Détermination approximative de la date d'un traumatisme cranien par l'étude histologique des parois d'un hématome sous-dural enkysté, par MM. F. Thomas, M. Vanda-Eecken et W. van Hecke (Gand).

Les auteurs rappellent les critères qui permettent d'apprécier l'âge d'un hématome sous-dural traumatique. L'épaisseur de la membrane interne et de ses caractères histologiques leur ont permis d'établir, dans une affaire criminelle, que le traumatisme remontait à un mois au moins.

Aspect médico-légal de deux accidents mortels de la mycothérapie, par M. F. Heuilly.

L'auteur rapporte les observations de syndrome cholériforme survenu chez deux malades traités par l'auréomycine, ayant fait soupçonner une intoxication et déclencher une enquête judiciaire.

L'auteur souligne le rôle joué par la pullulation d'une espèce privilégiée de la flore intestinale, le plus souvent un staphylocoque doué de pouvoir entéro-toxique, ayant résisté à l'action de l'antibiotique et dont le développement est favorisé par la disparition de la flore saprophyte banale. L'auteur souligne l'importance, en pareil cas, des prélèvements bactériologiques *post mortem*.

Homicide par prise de close-combat (étranglement), par MM. L. Mutel et F. Heuilly.

Les auteurs ont observé un cas mortel consécutif à une prise de judo et étudient le mécanisme de la mort.

Une étiologie originale d'oxycarbonisme collectif, par MM. H. Ollivier, M. Blanc et G. Bobis.

Les auteurs rapportent une série de 11 cas d'oxycarbonisme imputable aux gaz d'échappement du moteur d'une camionnette, dans laquelle les ouvriers étaient régulièrement transportés.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse

Séance du 20 février 1956

Névrite optique rétrobulaire bilatérale suraiguë. Problème étiologique, par MM. Calmettes, Déodati, Beg et Moron.

L'examen général et neurologique a fait conclure à une sclérose en plaques. Le traitement général par la cortisone a déclenché en deux jours une amélioration très marquée. Les auteurs exposent le problème étiologique posé par le malade et l'indication de la cortisonothérapie.

Syndrome de Guillain et Barré avec hypertension cranienne, par MM. Riser, Géraud, Gleizes et Garrigues.

Il s'agit d'une jeune femme présentant une quadriplégie douloureuse et aréflectique, avec paralysie faciale gauche et dissociation albumino-cytologique (albumine, 1 gr. 70 ; cell., 1 élément par mm^3). Au cours de la troisième semaine d'évolution, apparaît un syndrome clinique (céphalées, obnubilation, vomissements), ophtalmologique (œdème papillaire avec conservation de l'acuité visuelle), et manométrique (pression de + 25, par ponction atlo-occipitale), d'hypertension cranienne. Ces signes persistèrent pendant deux mois. Guérison complète cinq mois après le début de l'affection.

Cette observation confirme l'existence d'une forme pseudo-tumorale du syndrome de Guillain et Barré ; la constatation d'une hypertension manométrique du liquide céphalo-rachidien la distingue des observations comportant un œdème papillaire par névrite optique.

Histoire d'une dysphagie, par MM. Becq et Verge-Brian.

Dysphagie élective sur la viande, puis étendue et grandie dans un paroxysme anxieux et hypocondriaque. Les signes surajoutés sont atténués par la sismothérapie.

La dysphagie typiquement névrotique n'est levée que par narco-analyse au privénal.

Les tensions artérielles céphaliques, par MM. J. Planques, N. Montastruc et P. Montastruc.

Les auteurs présentent l'appareillage oscillométrique très sensible et les divers manchons et capsules qui leur permettent de relever la tension artérielle, maxima, moyenne et minima, non seulement au niveau de l'artère temporale, mais au niveau du nez, de la langue, des lèvres, du lobule de l'oreille. Ils décrivent les expériences de contrôle faites chez l'animal.

Le chiffre habituel de la tension temporale moyenne de l'homme normal en décubitus horizontal strict est de 6 cm. Hg pour 8 à 9 cm. Hg de tension humérale. Il est inférieur de 2 cm. Hg en moyenne au chiffre de la moyenne humérale et de 4 cm. Hg en moyenne au chiffre de la moyenne tibiale.

Les valeurs des autres tensions de la face sont légèrement inférieures à celle de la temporale (de 1 cm. Hg environ).

Ce gradient négatif humérale-artères céphaliques ne paraît pas s'expliquer par la seule différence de calibre artériel, mais par une moindre résistance à l'écoulement du sang du réseau de distribution céphalique par rapport au réseau des membres.

Ce gradient négatif s'accroît nettement dans la position assise et debout, par l'entrée en jeu de la pesanteur.

L. Gayral.

Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Strasbourg

Réunion du 10 décembre 1955

Un cas d'ophtalmologie complète bilatérale (polio-encéphalite aiguë),

par Mme N. Matavulj, M. Quéré et Mlle J. Jouffroy.

Deuxième présentation du malade : guérison après un traitement anti-infectieux et vitaminé.

Un cas de nécrose d'adénome de l'hypophyse. Signes oculaires,

par MM. D. Philippidès, R. Steimle, A. Lobstein et M. Champy.

Les auteurs présentent le cas d'un homme âgé de 51 ans chez qui s'est développée rapidement une ophtalmoplégie de l'œil droit, une parésie du droit supérieur gauche et du releveur de la paupière supérieure gauche, alors que l'examen du fond d'œil et de l'acuité visuelle n'avait rien révélé d'anormal.

Ce syndrome s'était accompagné de céphalées et d'une légère raideur de la nuque. La radiographie du crâne, l'artériographie carotidienne droite et la cisternographie confirmaient le diagnostic de tumeur de l'hypophyse. L'intervention et l'examen histologique du tissu tumoral prélevé montraient qu'il s'agissait d'une nécrose complète survenue dans une tumeur de l'hypophyse. Le malade a progressivement récupéré et a pu reprendre ses occupations.

Dans cette observation, on n'a relevé aucun antécédent endocrinien en dehors de l'impuissance sexuelle qui avait été notée peu de mois avant l'apparition des accidents aigus.

A propos de leur observation, les auteurs font une révision des cas publiés dans la littérature.

Deux cas de syndrome chiasmatique par cranio-pharyngiome, par MM. F. Thiébaut, D. Philippidès, Mme N. Matavulj et Mlle J. Hellé.

Les auteurs présentent deux cas de syndrome chiasmatique compliquant un cranio-pharyngiome. Dans le premier cas, le malade âgé de 31 ans avait une hémianopsie bitemporale ; vue œil droit : 3/10 ; vue œil gauche : 5/10 ; fond d'œil droit : décoloration du segment temporal de la papille ; fond d'œil gauche : pâleur de la moitié temporale. L'opération a permis de ponctionner un kyste intra et supra-sellaire et d'enlever la paroi ; cinq mois plus tard, le malade conserve seulement un petit déficit du quadrant temporal supérieur de l'œil gauche, vue œil gauche = 7/10, vue œil droit = 11/10, fond d'œil droit : papille normale, fond d'œil gauche : papille décolorée.

Le second cas concerne une fille de 13 ans 1/2 qui était aveugle de l'œil droit et qui avait perdu les champs temporaux de l'œil gauche. De ce côté, la vision était à 11/10 ; fond d'œil droit : atrophie papillaire à bords nets ; fond d'œil gauche : pâleur de la moitié temporale de la papille. A l'opération, grosse tumeur intra et supra-sellaire, mi-solide, mi-liquide. La partie kystique comprimait le nerf optique droit. Elle fut ponctionnée et une grande partie de la tumeur solide fut enlevée, mais deux mois et demi après l'opération, on ne constate pas d'amélioration des troubles visuels.

Volumineux angiome frontal gauche tributaire des 2 artères cérébrales antérieures et drainé dans le sinus longitudinal supérieur et la veine de Galien. Traitement par abord direct, par MM. A. Dany, H. Presbay, J.-M. Mantz, L. Holderbach et F. Seywert.

Jeune fille de 20 ans ayant présenté cinq hémorragies méningées successives, et chez laquelle l'artériographie carotidienne bilatérale montre un volumineux angiome frontal gauche tributaire des deux artères cérébrales antérieures et drainé dans le sinus longitudinal supérieur et la veine de Galien. L'électro-encéphalogramme montre un tracé normal au repos et à l'hyperpnée, mais la compression de la carotide primitive gauche fait apparaître, à la 95e seconde, des ondes τ et δ en frontale et rolandique gauches. La compression de la carotide droite provoque, dès la 10e seconde, des ondes δ polymorphes de tout l'hémisphère droit, la ligature carotidienne s'avérant inutile et dangereuse. L'étendue des lésions ne permet que des ligatures et des clippages des vaisseaux de l'angiome et la ligature de la cérébrale antérieure gauche au genou du corps calleux. La compression carotidienne post-opératoire ne fait plus apparaître d'anomalies à l'électro-encéphalogramme.

A propos de ce cas, les auteurs insistent sur les difficultés de traitement de ces énormes malformations vasculaires et sur l'intérêt des données électro-encéphalographiques.

Anévrisme non pédiculé du segment proximal de l'artère cérébrale antérieure gauche. Ligature de la cérébrale antérieure à son origine. Guérison, par MM. A. Dany, L. Holderbach et F. Seywert.

La ligature de la cérébrale antérieure à son origine est bien tolérée, à condition d'éviter l'obstruction des artères collatérales du segment proximal de la cérébrale antérieure. Ces artères collatérales se rendent à l'hypotha-

lamus antérieur et à la tête du noyau caudé. La ligature du segment proximal de la cérébrale antérieure fut pratiquée avec succès chez un homme de 48 ans présentant un anévrisme du pédiculé de la cérébrale antérieure gauche.

Étude des nystagmus opto-cinétique et vestibulaire dans un cas de nystagmus vertical descendant, par MM. F. Thiebaut et O. Metzger.

Les auteurs décrivent chez une femme de 48 ans, atteinte de myélose funiculaire avec hypochlorhydrie gastrique, un nystagmus vertical descendant présent, sans changer de forme, dans toutes les positions du regard. Ils constatent que ni l'excitation labyrinthique colorique, ni celle des voies opto-motrices par le tambour rayé, ne sont capables d'entraîner un nystagmus horizontal vers le côté droit, alors que la réaction vers la gauche se produit. Ils en concluent que le nystagmus vertical descendant est, dans ce cas, le résultat d'un trouble oculogyre et non d'un trouble vestibulaire proprement dit.

L'évolution des séquelles de traumatisme sonore par déflagration. Importance médico-légale, par MM. G.-F. Greiner, F. Isch et M. Mengus.

Le traumatisme sonore par déflagration provoque une lésion de l'oreille interne. La perte auditive reste remarquablement stationnaire. Mais, s'il y a des lésions traumatiques associées de la région auriculaire, les troubles auditifs évoluent progressivement vers une aggravation de la surdité.

Sur des cas ayant jusqu'à huit ans de recul, ces deux séries de faits se vérifient. Dans aucun des cas où la surdité s'est accentuée, une surdité contro-latérale n'a pu être décelée.

Syndrome unilatéral de l'angle ponto-cérébelleux droit dans le cas de maladie de Hodgkin, par MM. O. Metzger, A. Dany, C. Thomas, L. Holderbach et Y. Kempf.

Un sujet de 30 ans présente de violentes algies craniennes et faciales à droite, avec atteinte du VI et du VIII du même côté.

Egalement à droite, on note un syndrome pyramidal. Le mauvais état général et une adénopathie cervicale douloureuse à droite incitent les auteurs à pratiquer une biopsie ganglionnaire qui montre l'existence de cellules de Paltauf-Sternberg. Un traitement radiothérapique améliore l'état général, mais n'empêche pas l'extension des troubles neurologiques vers le IX et le XII.

Volumineux neurinome VIII. Considérations sur la conservation paradoxale de restes auditifs, l'hypoacousie contro-latérale et les troubles du goût, par MM. F. Thiebaut, G.-F. Greiner et M. Mengus.

Les auteurs ont estimé utile de rapporter l'observation de neurinome du VIII, en raison de deux ordres de particularités sémiologiques :

conservation, malgré une longue évolution de restes auditifs du côté de la tumeur, hypoacousie contro-latérale régressive après l'intervention ;

importance de l'atteinte du trijumeau contrastant avec la discrétion de celle du facial, et s'accompagnant de gros troubles du goût.

Vertiges et surdité gauche. Malformations vasculaires. Guérison après section du VIII, par MM. F. Thiebaut, F. Rohmer, G.-F. Greiner et M. Mengus.

Les auteurs discutent le rapport possible entre une malformation vasculaire et les crises de Ménière, survenant chez un sujet de 50 ans, sans antécédents otitiques ou traumatiques. La section du VIII fait disparaître les vertiges et même les bourdonnements.

Discussion à propos de troubles oculaires sous forme de spasme de convergence.

Fr. Isch.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 25 février 1956

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

En ouvrant la séance, M. le président prononce l'éloge funèbre du professeur Auguste Ley, décédé le 10 janvier 1956.

La pensée magique, par M. J. de Busscher (discours présidentiel)

Après avoir évoqué l'œuvre de Frazer, les travaux de Lévy-Brühl, les conceptions de Bergson et de Freud, l'orateur compare l'instinct, la pensée archaïque, les religions et la pensée scientifique, qui correspondent selon lui à une tutelle de moins en moins tyrannique de la nature sur l'être. Il s'efforce, à partir d'études sur les tribus primitives du continent africain et sur les Esquimaux, de serrer de plus près la différence entre magie et sorcellerie. La seconde pourrait succéder à la première lorsque les formes de pensée prélogique et logique sont appelées à coexister au sein d'une communauté qui lutte pour son existence. Ainsi s'expliquerait, en partie au moins, l'étrange compatibilité des plus hautes manifestations de culture raisonnée et des plus sottes croyances. La pensée magique, restée latente chez tous les humains, a été supplantée par des mécanismes psychiques plus complexes et plus récents, mais elle n'attend que leur défaillance pour reparaître au sein des collectivités, chez les gens moins instruits (superstitions) et chez les malades mentaux, c'est-à-dire partout où l'auto-critique faiblit ou fait défaut. L'orateur montre encore l'universalité foncière des mécanismes de la pensée magique et ses rapports avec la pensée infantile comme avec les régressions observées en pathologie.

L'état mental dans le gargoylisme, par M. P. Liessens

Trois catégories sont à distinguer, selon que les symptômes apparaissent dès le tout jeune âge, entre 3 et 5 ans, ou beaucoup plus tard. Dans les cas précoces, les troubles mentaux sont toujours importants et évoluent vers l'idiotie, non sans permettre cependant certaines manifestations affectives. L'auteur en décrit deux cas. Dans la seconde catégorie, au premier développement normal succède une régression rapide, en six à dix-huit mois ou deux ans, qui aboutit à une démence comparable à celle de l'idiotie amaurotique. Relation du cas d'une fillette de 14 ans, qui avait terminé sa 7e année primaire.

En cas de début tardif, le psychisme peut rester normal et même supérieur. L'auteur conclut qu'il n'existe pas de type particulier de déficience mentale dans le gargoylisme. Ce déficit est plus marqué dans les cas précoces, il est très variable, et il n'existe pas de parallélisme entre un type mental déterminé et l'âge de début de l'affection.

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 25 janvier 1956

Présidence : M. L. MASSION-VERNIORY, président

En ouvrant la séance, M. le président prononce l'éloge funèbre du professeur Auguste Ley, décédé le 10 janvier 1956.

Étude électro-encéphalographique de cent cas de somnambulisme, par MM. G.-André Balisaux et R. Gonsette.

Sur 150 observations et électro-encéphalogrammes de patients de 19 à 25 ans, de sexe masculin, qui présentaient des commémoratifs de somnambulisme, 50 furent éliminées pour insuffisance de renseignements probants ou parce que ces manifestations ne furent pas vérifiées au cours de l'hospitalisation. L'étude des 100 observations retenues a permis, grâce à l'existence de corrélations cliniques et électro-encéphalographiques, d'aboutir à une classification en trois groupes :

I. Accès bénins, rares, anamnèse personnelle et familiale négative : les électro-encéphalogrammes sont normaux.

II. Sujets qui présentent en dehors des accès un caractère hyperémotif :

les électro-encéphalogrammes correspondent au syndrome bioélectrique d'hyperexcitabilité corticale.

III. Somnambulisme grave avec souvent caractère familial ou antécédents personnels d'infection ou de traumatisme cranien : les électro-encéphalogrammes sont gravement altérés.

Rejoignant les conclusions de Passouant, les auteurs proposent pour ce troisième groupe une médication anti-comitiale, telle que la phénylacétylurée.

Nouvelles déterminations des fractions protéiniques dans le sérum des patients atteints d'affections musculaires, par MM. A. Löwenthal et M. Van Sande.

Les auteurs ont poursuivi leurs recherches par micro-électrophorèse sur papier dans les myopathies, la myotonie, la myasthénie et les myosites. Ils exposent les résultats de 100 déterminations effectuées sur 75 malades et représentent graphiquement les variations de la teneur des sérums pathologiques en protéines sériques par rapport à la moyenne des individus normaux. La cause de ces anomalies des protéines sériques est encore inconnue ; les traitements par la prostigmine ou la cortisone ne les modifient pas.

Contribution à l'étude de l'angiomatose artério-veineuse mésencéphalique, par M. J. de Vos.

Observation anatomo-clinique du cas d'un garçon de 15 ans, qui se plaignait depuis un an de céphalées frontales surtout gauches, et ensuite de démarche ébrieuse et de quelques vomissements. Il présentait un syndrome d'hypertension intracranienne et fut opéré pour « tumeur » de la fosse postérieure. Il s'agissait d'un angiome caverneux recouvrant la partie droite des tubercules quadrijumeaux, infiltrant la calotte et surtout la substance noire et le pédoncule cérébral. Description des lésions, qui constituent une forme partielle d'angiomatose encéphalo-trigéminée de Wyburn-Mason.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Le Rorschach à la recherche du monde des formes, par F. Minkowska. (Editions Desclée de Brouwer, 1956, 1 volume de 280 pages).

Livre émouvant d'une disparue. Il est fait des notes pieusement regroupées par M. E. Minkowski. Il débute par une importante introduction de ce dernier, qui montre le caractère personnel de l'œuvre de F. Minkowska. Elle était parvenue à une maîtrise et à une utilisation parfaite des planches de Rorschach et elle savait découvrir, non seulement les déficiences, mais aussi les ressources de chaque sujet. Elle fit preuve d'une rare intuition. A une passion scrupuleuse de la recherche honnête et profonde, elle associait une délicate modestie. Ces deux qualités jugent exactement une valeur humaine.

Son œuvre peut se résumer dans les aspects mêmes qu'elle accordait au Rorschach : « son aspect clinique, formel et humain ». L'application à l'examen clinique la conduisit à attacher de plus en plus d'importance au côté formel et structural des manifestations psychiques, au langage, aux kinesthésies, aux mécanismes de la Spaltung et du lien. Elle s'intéressa à la psychopathologie de la schizophrénie et aboutit à la notion de la synthèse psycho-organique. Elle fit de la Spaltung le caractère primordial de cette maladie.

Puis elle utilisa le test de Rorschach dans l'épilepsie. Ce fut peut-être là qu'elle atteignit aux constatations les plus intéressantes. « Le monde du schizophrène, écrit-elle, est fait d'abstraction, de rigidité, d'immuabilité, monde morcelé, fragmenté avec prédominance du facteur rationnel », alors qu'au contraire le monde de l'épilepsie est fait « de concret, de sensoriel, de kinesthésies, tantôt adhésives, tantôt explosives, de concentration excessive, créant une atmosphère confinée, comprimée, menant à la décharge ». Les mêmes différences se retrouvent chez les schizoïdes et les épileptoïdes et il y a peu de différence entre les adultes et les enfants.

Appliquant en effet ce même test à la psychopathologie infantile, elle montre combien il approfondit l'analyse clinique des enfants dits caractériels, combien il fait découvrir « les ressources » en précisant le problème et en orientant celui de la thérapeutique et de l'orientation professionnelle. S'intéressant ensuite au « climat » des planches, elle découvre l'analogie

surprenante qui existe entre les données du test et l'expression par le dessin chez ces enfants. Etudiant en particulier par ces deux méthodes la psychologie de jeunes sujets victimes des lois raciales, elle met en évidence les effets en profondeur des événements traumatisants et les ressources liées à chaque type et appelées à contrebalancer, et les déficiences, et les effets du trauma, cela sur un plan essentiellement humain.

Ce livre, d'une lecture attachante, est difficile à analyser d'une façon globale. Certes, on suit d'une façon continue et logique la pensée de l'auteur, mais elle a cette fragmentation enthousiaste du chercheur passionné qui fait au jour le jour une nouvelle découverte, qui cherche une définitive synthèse, hélas ! prématurément inachevée.

F. Minkowska, parmi ses innombrables mérites, aura eu celui de nous faire aimer le Rorschach et de justifier par ce livre ce qu'elle répétait souvent : « Il y a des pages de la psychiatrie contemporaine qui ne peuvent être écrites sans le Rorschach. »

Cet axiome reste intact dans notre pensée, comme son souvenir.

Paul Abély.

La peur et l'angoisse, par Paul Diel. (Editions Payot, 1956, 1 volume de 276 pages).

P. Diel fit paraître en avril 1950 un remarquable mémoire original sous le titre « Analyse du complexe d'Œdipe » dans les *Annales médico-psychologiques.* Il étudie aujourd'hui l'angoisse comme un phénomène central de la vie, possédant un puissant dynamisme évolutif.

Dans les deux premiers chapitres, l'auteur s'abstient de toute définition préalable et fait un historique de l'angoisse en s'en référant à la psychologie classique, depuis Ribot jusqu'à la conception psychanalytique, et il conclut par un plan de travail. « Il importe, écrit-il, d'abandonner pour le moment l'étude de l'angoisse intra-psychique (produit tardif de l'évolution) afin de confronter l'hypothèse d'un dynamisme transformateur de l'angoisse avec les théories de l'évolution, dont l'influence ne fut pas seulement déterminante pour la psychologie classique, mais qui constituent le fondement de l'ensemble des sciences de la vie. »

Pour cet auteur, le monde matériel n'existe pas avant la vie psychique, le matériel (l'objet) et le psychique (le sujet) sont les modes fondamentaux de l'existence, modes dont l'inter-influence polaire détermine les modifications évolutives. Le vrai problème de l'évolution est fait des différentes étapes de la perceptivité et de sa nuance émotive, c'est-à-dire de la génèse du psychisme. La forme la plus élémentaire de cette génèse serait l'*excitabilité,* l'inter-influence entre le psyché et le monde. Cette excitabilité, cette inquiétude vitale serait l'angoisse encore indifférenciée.

Avant d'en arriver à l'angoisse au niveau humain, P. Diel étudie donc : l'évolution de l'excitabilité et de l'inquiétude vitale à travers les espèces vivantes des plus simples aux plus évoluées pour parcourir des stades successifs : *a*) le phénomène psycho-somatique de la rétention et en particulier la rétention mémoriale préconsciente qui aboutit à l'instinct d'abord adaptatif puis sélectif ; *b*) alors naissent le désir, l'imagination, enfin l'angoisse extra-consciente, phénomène de rétention à caractère refoulant. On

en arrive ainsi à l'étape humaine. En abordant ce chapitre, l'auteur définit ce qu'il nomme l'extra-conscient et l'intra-psychique.

« L'extra-conscient se compose de trois instances : l'inconscient primitif, le subconscient maladif et le surconscient intuitif. » « L'intra-psychique, dans son ensemble, est défini par l'angoisse et ses transformations sublimes et perverses. »

C'est dans le creuset de l'extra-conscient que se transforme l'angoisse « rétention imaginative de la peur ». Devenue plus consciente et soumise à l'influence imaginative, elle permet d'assister à des orientations individuelles : fuite imaginative (évasion ou justification), ou lutte lucide pour surmonter le contraste angoissant entre imagination et réalité, travail de libération. L'imagination compréhensive s'intellectualise davantage et se mue en pensée abstraite. « Forme évoluée de l'enchaînement affectif des désirs, l'imagination spiritualisée élucide l'exigence des désirs, leur promesse de satisfaction, afin d'aboutir à la décharge sensée. Le but de cette évolution est de combattre le danger intra-psychique, la transformation du désir en angoisse, transformation qui s'opère inévitablement lorsque le désir est coupé de sa décharge sensée. »

Il est parfois un peu malaisé de suivre et surtout de résumer très exactement la dialectique particulièrement serrée de P. Diel. Tout au long de la lecture de cet intéressant ouvrage, j'ai été surpris de ne jamais y lire le mot « d'anxiété », je suppose qu'il s'agit là d'un oubli volontaire.

Il me surprend assez, à la lecture du chapitre intitulé « L'angoisse coupable et la libération éthique », car je retrouve ici tous les termes différentiels qui m'ont autrefois encouragé à séparer l'angoisse de l'anxiété ; j'y rencontre, en effet, se rapportant à cette dernière, des expressions telles que « l'impératif éthique, la responsabilité, l'imminence des valeurs, le souci de l'estime, etc..., et j'ai quelque difficulté à suivre son acheminement évolutif, en demeurant assez convaincu que l'angoisse est plus ou moins extra-consciente et impersonnelle, qu'au contraire l'anxiété est intra-psychique et très individuelle.

Cette opinion, que je reconnais très personnelle, se fortifie à la lecture du dernier chapitre consacré à l'angoisse collective, qui est bien de l'angoisse vraie, fût-elle qualifiée de « sacrée ».

Peut-être y a-t-il un dynamisme transformateur de l'angoisse en anxiété ? Dans tous les cas, on ne peut que féliciter M. P. Diel de son très bel ouvrage.

Paul Abély.

La personne du schizophrène, par Jakob Wyrsch. (*Presses universitaires de France,* 1955, 1 volume, 167 pages).

M. Jakob Wyrsch, professeur de psychiatrie à l'Université de Berne, se consacre depuis longtemps à l'étude de la schizophrénie. Son dernier livre, traduit de l'allemand par Jacqueline Verdeaux, apporte une documentation nouvelle et semble vouloir synthétiser une importante partie de ses précédentes recherches. Il adopte aujourd'hui une technique nouvelle et originale. En effet, il débute par les formes chroniques pour aboutir, par étapes successives, aux états aigus. Il suit, pourrait-on dire, une évolution à rebours. Mais il s'arrête surtout à la personne du schizophrène chronique. Son livre est fait d'un ensemble comprenant une étude à la fois clinique, psychologique et anthropophénoménologique.

Tout son travail repose sur une observation princeps, remarquablement fouillée et analysée, recueillie et suivie dans des conditions idéales. Ida est certes internée, mais d'une façon cependant très intermittente, en ce sens que la totalité de son activité diurne se situe au domicile personnel du médecin, où elle se livre à des travaux ménagers. La plupart des médecins des hôpitaux psychiatriques, logés dans l'établissement, ont connu cette malade chronique, qui finit par s'intégrer dans la vie familiale, qui y participe, y discute, y a des initiatives, s'y sent plus à son aise que dans le quartier et s'y libère plus facilement à sa fantaisie de ses tourments délirants. Elle retrouve dans ce cadre une existence autonome, située entre la vie extérieure et l'internement continu.

En relisant cette très fine observation, on ne peut s'empêcher d'évoquer des souvenirs personnels de type pathologique rigoureusement identique. Cette paranoïde de 49 ans, malade depuis 19 ans et internée depuis 7 ans, a fixé sa personnalité. Il n'y a chez elle ni éloignement, ni défaut de contact, ni pauvreté affective, ni incapacité d'exprimer ses sentiments ; au contraire, il y a une ignorance de la distance et une expression par trop directe des sentiments. Elle vit sans doute dans son monde délirant mais elle prend toujours une part active à la vie quotidienne. Le style de son comportement, précise J. Wyrsch, ainsi que le contenu morbide de sa pensée, est tout à fait conforme à celui de la période antérieure aux troubles. La psychose semble avoir neutralisé la contrainte des convenances, la malade peut s'extérioriser beaucoup plus librement et la faculté d'émotion demeure intacte. Depuis des années elle reste au même point ; son délire, ses hallucinations, ont évidemment un lien avec elle et sa vie, mais jamais dans l'explication réelle ou délirante avec le monde qui l'entoure; on ne constate aucune modification, aucune évolution, aucune affabulation. Ses néologismes, qui naissent spontanément, sont sa seule création, et elle n'aime pas qu'ils soient adoptés par d'autres ; ils constituent quelque chose comme un système expressif propre à la malade et lorsqu'on s'initie à ce langage, on arrive à en découvrir le sens caché sous l'apparente dissociation. Pour elle, les hallucinations qu'elle subit n'ont d'autre raison que d'être entendues et senties par elle seule. Elles constituent toute l'expérience vécue personnelle du schizophrène, et comme ces voix sont essentiellement psychogènes, familières, les paranoïdes trouvent tout naturel d'être seules à les entendre.

Ida, en tant que personne, n'est pas superficielle mais, au contraire, structurée, élaborée, mais l'impression qu'elle donne est celle de dissociation, c'est-à-dire, que deux personnes en elle se succèdent comme dans une personnalité alternante. On a l'impression qu'une partie d'elle-même prend part à la vie quotidienne et se règle sur elle, mais qu'une autre se confine dans sa maladie ; tantôt la partie saine, tantôt la schizophrène prend le pas sur l'autre et ainsi elles s'altèrent l'une et l'autre. Si la malade aiguë vit et s'irrite de cette dissociation, la malade chronique s'y est adaptée.

L'auteur montre tout l'intérêt de ces formes chroniques et déplore que les tendances actuelles se limitent aux cas aigus. Il arrive à cette conception que, chez la plupart de ces malades, « l'élément schizophrénique se déplace en quelque sorte vers la périphérie tout au long de la maladie ».

J. Wyrsch rapporte les résumés de 118 cas de schizophrénie chronique (tableaux paranoïdes, tableaux hébéphréniques, tableaux catatoniques, tableaux hallucinatoires). Méritent-ils tous l'étiquette de schizophrénie ? Celle-

ci, née en pays helvétique, y est naturellement choyée, quelquefois peut-être avec un peu d'expansion ? M. Wyrsch cite aussi plusieurs observations de malades chroniques vivant à l'extérieur, hors de toute existence asilaire.

Dans cet ensemble, qui représente plus de 120 cas, on a l'impression d'assister à une rétrogradation psychique, à des régressions en palier qui se fixent ensuite à un stade adaptatif.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, J. Wyrsch étudie les processus aigus ou tout au moins les départs apparents (car il signale les débuts insidieux). Pour lui, le premier symptôme est celui de l'isolement affectif dont le malade souffre. D'après lui, et en rejoignant la pensée de Mayer-Gross, il y a quatre modes de prise de position du schizophrène en face de la maladie envahissante. Le premier groupe adopterait pourrait-on dire une attitude psycho-somatique trompeuse où les troubles somatiques semblent prédominants. Le deuxième groupe aboutirait à l'abandon sans réaction, à l'enlisement rapide. Les malades du troisième se livreraient au contraire au combat critique pour la conservation de leur personnalité. Ceux du dernier groupe s'achemineraient vers une transaction, vers une adhésion à l'élément nouveau qu'apporte la maladie.

Dans un chapitre intitulé « Primaire et Secondaire, Evolution et Etat », l'auteur discute des diverses opinions de ceux qui se sont tout particulièrement intéressés à la schizophrénie. Il a, quant à lui, quelque répugnance à vouloir différencier radicalement les symptômes primaires et les symptômes secondaires et à voir accorder une importance essentielle à tel symptôme particulier. Certes, il y a au début un relâchement des rapports sentimentaux d'avec le monde environnant. Mais, pour lui, ce relâchement est complexe et est le fait d'un changement de conscience associé à une modification de l'humeur fondamentale, « une fascination » psycho-affective entre laquelle chaque sujet réagira à sa façon.

Le quatrième chapitre porte le titre suivant : « Le sentiment et l'affectivité chez les schizophrènes. Les psychoses mixtes ». Il m'a, je l'avoue, paru un peu moins convaincant.

Dans un cinquième, J. Wyrsch critique avec objectivité les rapports trop généralement admis de la schizoïdie et de la schizophrénie.

Dans un coup d'œil rétrospectif et résumé, l'auteur apporte une vue d'ensemble sur son ouvrage et sur les réflexions qu'il inspire. Il ne croit pas à la perte du contact avec la réalité (selon E. Minkowski), et il ne l'admet pas comme trouble fondamental : « Il est bien rare, écrit-il, que ce contact ait complètement disparu au cours des poussées aiguës ; et pour celui qui se méfie de la mimique, de l'attitude, des mouvements observés chez des malades stuporeux, il pourra apprendre de ceux-ci, après leur guérison, que le rapport affectif n'était point disparu, mais que le monde était vécu sur un mode ambigu, étrange, et que, de ce fait, le contact était devenu obligatoirement tout autre. » Il insiste sur la différence, pour lui capitale, entre les processus schizophréniques « actifs et inactifs ». Hors de cette conception, chaque trouble, chaque symptôme possède quelque chose d'intéressant en soi, mais aucun n'embrasse la totalité.

Ce livre, d'un grand intérêt, contient d'utiles références (spécialement de langue allemande), se rapportant aux multiples travaux qui se sont intéressés à ce mystérieux syndrome que chacun s'efforce d'éclairer de son mieux, sans y être encore définitivement parvenu.

Paul Abély.

La personnalité (étude systématique, théorique et concrète), par Raymond B. Cattel (traduit par Muriel Cahen), *Presses Universitaires de France*, 1956, 950 pages, en 2 volumes.

L'ouvrage de B. Cattell (directeur de recherches à l'Université d'Etat d'Illinois), présenté sous une forme didactique, a pour objet la personnalité aussi bien normale que pathologique. Le sens accordé à ce terme, assez différent selon les auteurs, est ici de large étendue. B. Cattell donne, dès le début, une définition provisoire ainsi formulée : « ce qui permet de prédire ce que fera un individu dans une situation donnée ». Son but est d'établir les lois (dont l'énoncé constitue les conclusions du livre), qui régissent les conduites d'un homme dans les circonstances les plus variées. Toutefois, cette œuvre n'est pas conçue d'après une perspective béhavioriste. A son terme, l'auteur distingue trois aspects de la personnalité : celle que l'individu se fait de lui-même, celle idéale qu'il voudrait atteindre, celle qu'un observateur se fait de lui.

B. Cattell envisage, selon son expression, « les méthodes et le matériel » de son étude. Les méthodes utilisées sont subjectives et objectives (biographie, auto-estimation, test objectif) et susceptibles de mesure dans un certain degré. Les types de personnalité sont caractérisés par des traits originaires et par des traits acquis sous l'action du milieu, au cours de l'histoire du sujet. L'auteur étudie les influences héréditaires et constitutionnelles ; la structure des tendances innées; les structures élaborées dans les processus d'adaptation ; la structure des traits dynamiques. Il examine le rôle du « moule culturel » : la famille, le groupe, les organismes sociaux. Il décrit les grandes étapes de la vie humaine : l'enfance, la puberté, l'adolescence, la maturité, la vieillesse.

La partie consacrée à la personnalité pathologique comprend l'étude des inadaptés scolaires, des délinquants, des criminels, des névrosés, des psychothiques. Elle en montre les aspects divers, la génèse et leur intérêt pour la compréhension de la personnalité normale. Elle apporte des vues originales dont je puis, à regret, entreprendre un examen critique.

Dans ce compte rendu trop bref d'une œuvre aussi considérable par son ampleur et par sa richesse, il ne m'est possible que d'indiquer les têtes de chapitre. Cet ouvrage, qui peut paraître parfois un peu touffu, constitue une véritable encyclopédie synthétique de toutes les connaissances psychologiques normales et pathologiques et de celles empruntées à toutes les sciences voisines (génétiques, sociologiques, physiologiques, biologiques, etc...). Il nous initie de plus aux conceptions américaines les plus récentes. Chacun, selon ses tendances personnelles, pourra y cueillir une abondante moisson. Je n'en citerai qu'un exemple, parce qu'il m'a particulièrement attiré : c'est le chapitre qui traite de la psychosomatique, dont je transcris les principales divisions : les rapports de l'esprit et du corps ; le rôle du système nerveux central, la fonction spéciale des lobes frontaux ; le rôle du système autonome ; le système endocrinien et la personnalité ; les structures physiologiques de l'émotion ; la biochimie du système nerveux en rapport avec la personnalité ; la contribution de l'électro-encéphalographie ; les aspects de la personnalité accompagnant des syndromes somatiques. On peut apprécier ainsi tout l'intérêt que présente ce livre pour les psychologues et les psychiatres.

Xavier Abély.

Contributions neuro-psychiatriques (Contributi neuro-psichiatrici), par G. Meneghel, E. Centeleghe, F. Collet, G.-A. Alberton, O. Cecchet et M. Rizzi. (1 vol., 324 pages, Edizioni P. Castaldi, Feltre, 1955).

Ce volume rassemble, sous le titre de « Contributions neuro-psychiatriques », divers travaux accomplis au cours des dernières années par les médecins de l'hôpital psychiatrique de Feltre, dans la province de Bellune. C'est, tout d'abord, un important rapport de Gino Meneghel sur « un quinquennaire de psycho-chirurgie à l'hôpital psychiatrique de Feltre ». Il s'agit des résultats obtenus dans 164 leucotomies préfrontales transorbitaires avec recul de plus d'un an. L'auteur insiste sur la valeur thérapeutique de cette intervention et son innocuité (un seul décès par hémorragie) en s'appuyant sur la description des cas cliniques. Les indications en sont précisées.

Plus loin, Enzo Centeleghe décrit un cas de métastases cérébrales multiples par tumeur pulmonaire avec symptomatologie psychique anormale. Chez une malade de 52 ans, qui avait présenté différents épisodes psychopathiques, apparaissent des troubles d'allure névrotique. Mais, rapidement, des signes neurologiques montrent l'évolution d'une lésion cérébrale. La mort survient très vite et l'autopsie révèle une néoplasie pulmonaire avec très nombreuses métastases dans l'encéphale et dans divers viscères.

Le même auteur, dans d'autres communications, montre l'importance des dispensaires d'hygiène mentale dans le domaine de la médecine sociale préventive, puis donne les éléments d'une assistance rationnelle aux tuberculeux soignés dans les hôpitaux psychiatriques, décrit, ensuite, trois cas personnels de syndrome de Wallenberg, à évolution favorable, indique les résultats obtenus par une seconde intervention de leucotomie préfrontale transorbitaire chez dix malades (une seule amélioration notable), enfin rapporte une observation d'état maniaque au cours d'une sclérose en plaques, pensant, d'ailleurs, à l'indépendance des deux affections.

Francesco Collet fait une étude sur l'hypnothérapie avec le largactil associé aux barbituriques chez cent malades, avec des résultats analogues à ceux des auteurs français.

G.-A. Alberton commente quelques modifications électro-encéphalographiques notées dans un cas d'épilepsie, avec accentuation des phénomènes convulsifs par la sympamine, échec de l'hydantoïne et du gardénal, contrastant avec l'efficacité de l'épidione. Puis, il envisage deux cas de toxicomanie opiacée chez deux frères, discutant le rôle possible d'éléments familiaux. Il fait ensuite quelques observations sur les modifications électro-encéphalographiques après leucotomie transorbitaire, pour rappeler enfin les possibilités indicatives et diagnostiques de l'électro-encéphalographie.

Orazio Cecchet fait une étude statistique sur les malades mentaux de la province de Bellune pour les années 1949 à 1953, avec un pourcentage moyen de 0,58 ‰. Il donne, ensuite, une courte note sur un cas de dépression chez un malade atteint de polyglobulie.

Mario Rizzi étudie l'évolution des psychoses alcooliques dans la province de Bellune de 1949 à 1953, puis fait une revue statistique sur les guérisons de sciatique par le traitement dia-céphalo-rachidien (méthode de Boschi), dans 24 cas.

La plupart des articles du présent volume se terminent par une bibliographie plus ou moins importante.

V.-J. Durand.

Choix de communications et de mémoire (Ausgewählte Vorträge und Aufsätze), par Ludwig Binswanger. (t. 2, 1 vol., 362 pages, Francke Verlag, Berne, 1955).

Dans ce volume, qui porte en sous-titre : « Sur la problématique de la recherche psychiatrique et sur le problème de la psychiatrie », l'auteur réunit plusieurs travaux personnels, plus ou moins anciens. Après avoir précisé, dans l'introduction, sa position actuelle sur les différents sujets examinés, montré les modifications que certains faits ou certaines publications ont pu apporter à ses conceptions primitives, il reproduit le texte original de ses mémoires ou de ses communications.

La première partie étudie certains problèmes concernant les rapports de la psychanalyse et de la psychiatrie. C'est tout d'abord un travail datant de 1920, sur la psychanalyse et la psychiatrie clinique, montrant que cette dernière se borne à une description extérieure, tandis que la première cherche à déceler des liaisons internes. Ensuite, un texte intitulé « Expérience, compréhension, signification dans la psychanalyse » (1926), rappelle le développement de la notion de compréhension dans la psychologie allemande, depuis Gœthe, et précise les différences entre connaissance, interprétation et compréhension. Puis une étude est faite sur : « Freud et la constitution de la psychiatrie clinique » (1936), indiquant les influences qui ont marqué les conceptions du maître de Vienne, montrant que, pour Megnert, l'objet psychique est une théorie anatomique, pour Wernicke, une théorie neuro-pathologique, pour Freud, une théorie biologique. Enfin, une publication de 1941, « La structure psychique de Bleuler », rappelle que le primat de la vie du grand psychiatre de Zürich fut la raison pratique.

La deuxième partie, consacrée à : « Psychologie et psychiatrie », ne comprend qu'un travail de 1924 : « Quelles tâches incombent à la psychologie du fait des progrès de la psychiatrie nouvelle ? », avec évocation des problèmes de l'âme, du corps, de la personne humaine.

La troisième partie, la plus importante, « Daseinsanalyse, Daseinsanalytique et psychiatrie », groupe neuf articles. Le premier (1931) est une critique du livre d'Erwin Straus : « Geschehnis und Erlebnis », avec étude de la névrose de rente. Le deuxième envisage le « problème de l'espace en psychopathologie » (1932), avec considération spéciale des conceptions de Kleist. Puis sont faites des « Remarques sur deux pensées peu connues de Pascal, sur la symétrie » (1947), la première pensée étant : « Symétrie, en ce qu'on voit d'une vue, fondée sur ce qu'il n'y a pas de raison de faire autrement, et fondée aussi sur la figure de l'homme, d'où il arrive qu'on ne veut la symétrie qu'en largeur, non en hauteur ni profondeur » ; l'autre, « Ceux qui font les antithèses en forçant les mots sont comme ceux qui font de fausses fenêtres pour la symétrie : leur règle n'est pas de parler juste, mais de faire des figures justes ». Vient ensuite un mémoire sur « La signification anthropologique de l'ascencion » (1949), puis un commentaire « sur une phrase de Hofmann Sthal : « Ce qu'est l'esprit, seul le comprend l'opprimé » (1948). L'étude suivante est celle de la forme de vie de type maniaque (1945), dans laquelle l'auteur décrit le comportement des malades et leur position à l'égard de l'ambiance. Un mémoire de 1949 est consacré à « La signification de la Daseinsanalytique de Martin Heidegger pour la compréhension propre de la psychiatrie ». Les deux derniers travaux de 1950 et 1954 concernent respectivement « Daseinsanalytique et psychiatrie »,

« Daseinsanalyse et psychothérapie », s'appuyant sur une étude de conceptions de Heidegger.

L'appendice contient deux mémoires, l'un de 1926, consacré au « problème du langage et de la pensée », avec longue étude historique et exposé critique des diverses conceptions ; l'autre, de 1946, « sur le langage et la pensée », rappelant d'abord la phrase de W. von Humboldt, « l'homme est seulement homme par le langage, mais pour découvrir le langage, il devait être déjà homme »; puis montrant les rapports entre pensée et dialogue, pensée et expression verbale, concluant : « Si tu veux apprendre à penser, utilise le dialogue avec les autres et avec toi-même. »

La plupart des articles du présent volume comportent de nombreuses références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les grandes activités du lobe temporal, recueil publié sous la direction du professeur Th. Alajouanine (1 vol. in-8°, 298 pages, Masson et C^ie^ édit., Paris, 1955).

Il faut remercier le professeur Th. Alajouanine d'avoir réuni dans ce volume l'ensemble des conférences faites en 1953 sous sa direction au cours de la « Semaine neuro-physiologique », tenue comme chaque année à la clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière. Consacrées aux activités nombreuses, allant du sensoriel au psychique, du lobe temporal, ces conférences constituent une mise au point des connaissances actuelles. Quelques travaux de physiologie plus générale terminent ce volume. Sans s'appliquer étroitement au lobe temporal, ces dernières conférences en éclairent cependant les voies d'approche.

Le volume s'ouvre sur des considérations anatomiques et embryologiques sur le démembrement du lobe ou complexe temporal, formation hémisphérique en rapport avec un très haut développement du néocortex divisée par M. A. Delmas en trois régions très différentes : région supraparallèle, région rhinencéphalique et, étendue entre les deux précédentes, région temporale proprement dite. Après une intéressante étude des projections sensorielles au niveau de la région temporale, par MM. P. Dell et M. Bonvallet, qui confirment l'efficacité des techniques électro-physiologiques modernes. M. Henri Gastaut et Mad. Annette Roger, à l'aide de documents expérimentaux, étudient l'origine et la propagation des décharges épileptiques provoquées. Dans un exposé critique des activités végétatives du lobe temporal, M. Marcel Monnier apporte une intéressante contribution à l'activité végétative de la zone olfactive de ce lobe dont M. André-Thomas étudie la zone acoustique auditive, soulignant la différence de l'activité psycho-émotive et psycho-affective des deux zones auditives (gauche et droite), donc des deux hémisphères, et le degré plus ou moins élevé des retentissements affectifs selon que telle ou telle lésion endommage davantage l'hémisphère gauche ou l'hémisphère droit. De l'étude de certaines réponses sensitivo-sensorielles chez l'homme, M. W. Grey Walter dégage des notions sur l'acquisition des connaissances et des souvenirs.

Suivent d'importants travaux sur le langage et sur l'aphasie débutant par un très intéressant essai d'une approche neuro-physiologique du langage pathologique, dans lequel le professeur Th. Alajouanine passe successivement en revue les données de la phonétique expérimentale appliquée au lan-

gage pathologique, les données des stimulations corticales en matière de langage, l'épilepsie à expression aphasique, les données cliniques de physiopathologie de l'aphasie, essai qui met en lumière l'énorme complexité, l'ampleur considérable des problèmes posés par l'étude du langage qui voisine si souvent avec l'étude de la pensée. Signalons encore des notes préliminaires sur l'atteinte auditive au cours de l'aphasie, par MM. Th. Alajouanine, M. Aubry et P. Pialoux, et une étude des modifications de l'expression électrique cérébrale chez les aphasiques, par MM. Th. Alajouanine, O. Sabouraud et A. Rémond.

L'exposé des progrès récents dans la physiologie de la formation réticulée, dû à M. G. Moruzzi ; une étude des réponses évoquées corticales somesthésiques des mammifères adulte et nouveau-né, permettant à MM. J. Scherrer et D. Œconomos un parallèle entre le comportement cortical de l'animal nouveau-né et de l'animal adulte ; une relation d'explorations intracellulaires au niveau du cortex cérébral, par MM. P. Buser et D. Albe-Fessard ; une conférence de M. Warren S. Mc Culloch sur l'organisation fonctionnelle du système nerveux central en vue du contrôle de la position et du mouvement terminent ce volume de comptes rendus de la Semaine neuro-physiologique tenue à la Salpêtrière en 1953. Très suivies, ces conférences annuelles ont un grand succès qui fait désirer que leurs comptes rendus, eux aussi, soient publiés annuellement.

V.-J. Durand.

Contributions du laboratoire de psychologie (Contributi del laboratorio di psicologia), 19e série, publications de l'Université catholique du Sacré-Cœur, à Milan (1 vol., v-540 pages, Società editrice « Vita e Pensiero », Milan, 1955).

Après une courte introduction du recteur de l'Université catholique de Milan, Fr. Agostino Gemelli, O.F.M., le volume s'ouvre par un rapport du même auteur sur les fondements biologiques de la classification des films. Puis, Leonardo Ancona étudie le comportement social, rappelant les travaux de Kurt Lewin, de Wertheimer, en faisant la critique, concluant que l'individu, dans sa vie privée, a un comportement qui ne se modifie pas dans sa vie sociale. John W. Black et Agostino Gemelli explorent les oscillogammes de la voix dans la lecture de phrases italiennes, puis John W. Black et Miquelina Guirao font de même pour diverses voyelles italiennes, enfin John W. Black étudie l'accent retardé. Gustavo Iacono apporte une contribution à l'étude de la fréquence critique de fusion de stimulations lumineuses intermittentes chez des sujets fatigués, puis considère la fréquence critique de fusion de stimulations lumineuses intermittentes en rapport avec quelques mécanismes psychologiques, explore enfin le test de Rosenzweig dans l'étude de sujets aux limites de la psychasthénie et de la schizophrénie, montrant la valeur diagnostique du test.

Marcello Cesa-Bianchi étudie certaines modifications psychiques en rapport avec l'âge, s'appuyant sur de nombreux graphiques et tableaux ; puis il traite de l'emploi en clinique psychiatrique des méthodes psychologiques pour l'évaluation de l'intelligence, et montre les possibilités et aussi les limites de ces méthodes.

Angelo Perugia recherche les relations entre intérêts et personnalité chez les jeunes à l'aide de questionnaires.

Fulvio Lebbolo apporte une contribution à l'étude du « P.F.Study-children Form », de Saul Rosenzweig.

Gabriele Calvi fait une recherche de la capacité d'abstraction dans la seconde enfance.

Anton Terstenjak étudie l'aspect dynamique dans la monotonie du travail, distinguant différents types de comportement du travailleur ; puis il recherche les temps de réaction et les phénomènes de fatigue dans la fixation de couleurs isolées.

Gustavo Iacono, enfin, sous le titre « Unités structurales et unités perceptives », fait une longue étude sur les mécanismes perceptifs en utilisant des figures colorées ou non, dans lesquelles des facteurs formels cherchent à cacher la figure significative. Les planches sont reproduites. Le sujet est invité à dessiner les figures présentées.

Les différents mémoires du présent volume sont souvent complétés par des tableaux ou des graphiques. Ils se terminent par des bibliographies plus ou moins longues.

V.-J. Durand.

Contributions du laboratoire de psychologie (Contributi del laboratorio di psicologia), 18e série, publications de l'Université catholique du Sacré-Cœur, à Milan (1 vol., v-426 pages, Società editrice « Vita e Pensiero », Milan, 1955).

Dans ce volume qui fait suite à d'autres antérieurement analysés dans les « Annales médico-psychologiques », sont rassemblés divers travaux accomplis au laboratoire de psychologie de l'Université catholique de Milan, sous la direction de son recteur Fr. Agostino Gemelli, O.F.M. Celui-ci, après avoir présenté cette nouvelle série de publications, précise, sous le titre « Les apories de la psychologie moderne », la position que doit prendre cette dernière discipline et les rapports qu'elle doit avoir avec la philosophie et la biologie. Son autonomie est nécessaire, mais il faut connaître ses liens avec la biologie.

Le même auteur, avec G. C. Sacerdoti et G. Bellussi, fait une analyse électro-acoustique de la voix chantée, montrant, à l'aide d'oscillogrammes, combien il est difficile de préciser toutes les caractéristiques de la voix, surtout au point de vue esthétique.

Puis, Fr. Agostino Gemelli étudie successivement : les facteurs psychologiques de la productivité, une expérience sur le « moral » et la « motivation » dans le travail de l'ouvrier industriel, le facteur humain dans les accidents d'automobile, enfin dans les accidents du travail. Il montre, en ce qui concerne la productivité et le travail industriel, la nécessité de bonnes « relations humaines » dans l'entreprise.

Leonardo Ancona envisage la motivation au succès dans les termes de « response set » d'acquiescement et de négativisme, qui cherche à préciser la nature psychique du « response set », enfin étudie la phénoménologie et l'interprétation des « after-effects » dans la kinesthésie.

Thomas Cohn et Leonardo Ancona cherchent la relation de l'échelle F (prédisposition au fascisme) de la personnalité avec le « response set » d'acquiescement et le niveau d'intelligence.

Marcello Cesa-Bianchi considère la contribution que peut apporter le test de Wechsler dans l'étude d'un groupe de psychasthéniques, puis envisage les

intérêts des enfants du niveau de la 5e élémentaire, pour un test de choix, enfin il fait une étude pratique du Questionnaire Cornell Index Form N° 2, retrouvant en général des résultats semblables à ceux des autres auteurs.

Marcello Cesa-Bianchi et Angelo Perugia recherchent la correspondance entre rendement et intérêts techniques à trois niveaux de l'âge évolutif.

Alberto Wirth rappelle les aspects théoriques et pratiques de la mesure de l'acuité visuelle.

Fr. Roberto Zavalloni, O.F.M., décrit les dynamiques de la thérapeutique et du choix, analysant dix cas cliniques et montrant les rapports entre la capacité de choix et l'évolution du traitement ; puis, il fait une étude expérimentale et clinique de l'activité volontaire, montrant que toute étude de la conduite humaine qui ne tient pas compte du pouvoir créateur et intégrateur de l'homme reste insuffisante et inadéquate.

De nombreuses figures illustrent le volume qui contient, à la fin de chaque article, d'importantes bibliographies.

V.-J. Durand.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La conception dynamique de la personnalité dans l'étude du délinquant, (La concezione dinamica della personalità nello studio del delinquente), par Agostino Gemelli (de Milan). (*Rivista de psicologia normal e patologica,* São-Paulo, 1re année, n° 1, janvier-mars 1955, p. 80-102).

La conception dynamique de la personnalité permet de comprendre le mécanisme du délit, la logique intérieure et les relations interhumaines du délinquant. Cette personnalité peut s'étudier par divers moyens, avec analyse du délit, anamnèse et catamnèse soigneuse. Pour ces examens, il ne faut adopter ni un schéma rigide, ni une série d'instruments psychotechniques. Il faut varier les méthodes d'un cas à l'autre en se basant sur le sens clinique. Ceci permet d'arriver à un diagnostic, certes non dépourvu d'un certain degré d'incertitude. Quoi qu'il en soit, sa valeur est double. D'une part, il permet au juge de posséder des éléments pour formuler sa sentence. D'autre part, il offre des indications et une aide pour la rééducation et la réintégration dans le monde des sujets examinés à réactions antisociales. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Personnalité et motivation (Personalidade e motivaçâo), par Joseph Muttin (de Louvain). (*Revista de psicologia normal e patologica,* São-Paulo, 1re année, n° 1, janvier-mars 1955, p. 127-138).

Les besoins essentiels et fondamentaux de l'homme doivent être conçus, au point de vue de la conduite comme des « patterns », des relations entre

le moi et le monde, « patterns » se trouvent à la base du fonctionnement de la personnalité. Les besoins humains participeraient aux caractéristiques de l'existence et de la conduite humaines. Les besoins agissent sur le comportement sous la forme de projets personnels qui provoquent plaisir ou tristesse, mais aussi succès ou échec. La présence de ces besoins permet de mieux comprendre les théories des désordres de la conduite. Elle est susceptible, également, de s'appliquer dans le domaine de la psychothérapie.

V.-J. Durand.

L'influence des saisons sur l'apparition de l'apoplexie cérébrale (L'influenza delle stagioni sull'insorgenza dell'apoplessia cerebrale), par Galeazzo Pardera (de Pise). (*Rivista di neurobiologia*, Pérouse, vol. 1, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 125-136).

482 malades ayant présenté une apoplexie cérébrale et traités à la clinique neurologique de l'Université de Pise de 1939 à 1953 ont été étudiés quant à la date du début. Dans 34,15 % des cas, l'ictus se manifeste en hiver (décembre-janvier-février), tandis qu'en été (juin-juillet-août), il n'y en a que 19,35 %. En toute saison, les sujets frappés particulièrement d'accidents vasculaires cérébraux sont d'un âge compris entre 61 et 70 ans. Graphiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur quelques prob'èmes posés par le traitement des buveurs difficiles, par J. Dublineau, B. Honoré et Mlle G. Ségur. (*La revue de l'alcoolisme*, t. 3, n° 10, avril-juin 1955, p. 240-250).

Le traitement des buveurs difficiles est particulièrement décevant à cause de la fréquence des échecs. Il faut bien connaître les facteurs psychologiques, économiques et sociaux qui interviennent. La notion du principe d'autorité doit être envisagée dans le traitement de ces malades. Il faut éviter, aussi bien un autoritarisme sans nuances qu'une confiance absolue dans l'individu. Une exacte appréciation des traits psychologiques et des complexes étiologiques peut permettre dans certains cas de ne pas recourir aux mesures d'autorité dont les limites sont à connaître.

V.-J. Durand.

Les réflexes cardio-vasculaires par stimulation labyrinthique chez les malades mentaux (I riflessi cardiovascolari di stimolazione labirintica nei malati di mente), par Silvano Parigi et Giovanni Faleg (d'Arezzo). (*Rivista di neurobiologia*, Pérouse, vol. 1, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 57-78).

La recherche des réflexes labyrintho-cardio-vasculaires, évalués par l'intermédiaire des variations de la pression artérielle, de l'amplitude et de la fréquence du pouls après stimulation vestibulaire par la technique de Veitz a été faite chez 25 dysthymiques, 28 schizophrènes et 24 phrénasthéniques. Chez les premiers, il y a une fréquente augmentation de la pression et du pouls, l'index oscillométrique étant variable. Les schizophrènes montrent une indifférence aux stimulations labyrinthiques, tandis que les phrénasthéniques présentent habituellement une baisse de pression et un ralentissement

du pouls. Il y a donc un rapport entre l'état thymique et la réactivité cardio-vasculaire, la sensibilité labyrintho-végétative variant avec les conditions affectives. Trois graphiques. Un tableau hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La fin de l'alcool, par A. Requet et J. Perrin (de Lyon). (*La revue de l'alcoolisme*, t. 3, n° 10, avril-juin 1955, p. 233-239).

L'alcool par lui-même n'a pas de pathologie. Les maladies dites alcooliques viennent du mode de vie du buveur et surtout de son alimentation. L'alcoolisme antisocial est d'origine factorielle (et les facteurs en cause sont nombreux), d'origine sociale répondant à une certaine forme de civilisation, enfin il est historique, lié à la constitution du prolétariat industriel. Cet alcoolisme antisocial et psychiatrique entraîne une baisse de la consommation éthylique par diminution du facteur de tolérance. Cette situation apparemment paradoxale explique les difficultés de la lutte actuelle contre l'alcoolisme.

V.-J. Durand.

Sérotonine et schizophrénie (Serotonina e schizofrenia), par Alfredo Poloni (de Bergame). (*Il cervello*, 31e année, n° 4, 15 juillet 1955, p. 271-294).

Rappelant les discussions sur le rôle de la sérotonine dans la pathogénie de la schizophrénie, l'auteur décrit des expériences chez l'animal et chez l'homme, avec la sérotonine, la diéthylamide de l'acide lysergique, la mescaline et la bulbocapnine. Il apparaît possible d'admettre une action synergique entre la sérotonine et les substances schizophrènes (diéthylamide de l'acide lysergique, mescaline et bulbocapnine). Se basant sur ses recherches, l'auteur fait quelques commentaires sur la pathogénie et l'étiologie de la schizophrénie, ainsi que quelques propositions thérapeutiques, avec l'emploi de substances inhibant la sérotonine. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Grave démence avec dyscinésies polymorphes (Grave demenza con polimorfe discinesie), par C. Mattioli-Foggia (de Pistoïe). (*Bolletino dell'accademia medica pistoiese Filippo Pacini*, 26e année, 1955, extrait de 18 pages).

L'auteur rapporte une observation de syndrome démentiel grave chez une femme de 58 ans, avec association d'éléments neurologiques dyscinésiques. Au point de vue biologique, existent des signes de dysfonctionnement hépatique et des troubles du métabolisme du cuivre. Il est possible de considérer le cas comme une variété atypique de pseudo-sclérose par dégénérescence hépato-cérébrale. Discutant le diagnostic différentiel du présent syndrome, l'auteur montre la valeur pathogénique des altérations du métabolisme du cuivre. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le temps de prothombine chez les schizophrènes (Il tempo di protrombina negli schizofrenici), par C. F. Coppola et M. Pannuti (de Naples). (*L'ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 4, octobre-décembre 1954, p. 384-390).

Utilisant la méthode de Rosenfeld et Tuft, pour la détermination du temps de Quick, chez 70 schizophrènes, les auteurs n'observent pas de modifications

spécifiques. Il y a cependant dans l'ensemble une tendance à l'hypoprothrombinémie : le temps de Quick est augmenté dans 65 % des cas et normal dans 35 %. Les résultats concordent avec ceux obtenus par d'Andrea et Sechi et par Cacopardo. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contributions à une étude psychologique sur les voleurs habituels (Contribuiçoes para um estudo psicologico sôbre ladroes habituais), par A. Meyer-Ginsberg (de São-Paulo). (*Revista de psicologia normal e patologica*, São-Paulo, 1re année, n° 1, janvier-mars 1955, p. 60-79).

Chez 31 voleurs habituels, ont été appliqués : le test de Zullinger, le test myokinétique de Mira y Lopez, le Thematic Apperception de Murray, un film-test, un questionnaire sur l'appréciation par le sujet de la gravité de différents délits. Dans l'ensemble, le groupe examiné montre les traits suivants : nette hétéro-agressivité, opposition contre le milieu actuel, inhibition affective, bas niveau mental, immaturité, faible adaptabilité sociale et intellectuelle.

V.-J. Durand.

Le traumatisme cranien dans l'étiopathogénie de l'épilepsie (Il trauma cranico nell' etiopatogenesi dell'epilessia), par Giacomo Cascella (d'Aversa). (*Il cervello*, 31e année, n° 4, 15 juillet 1955, p. 311-322).

Etudiant successivement : commotion, contusion et compression cérébrales par traumatisme, œdème cérébral traumatique, fracture de la base du crâne, l'auteur décrit ensuite l'anatomie pathologique, très variable suivant les cas, l'électro-encéphalographie des traumatismes du crâne. Il rappelle que les opinions sont très variables en ce qui concerne la fréquence de l'épilepsie traumatique. Il apparaît que, dans l'étiopathogénie de l'épilepsie, le traumatisme ne constitue, en général, qu'une cause déclenchante et facilitante. Ce n'est pas un facteur essentiel, capable à lui seul de faire apparaître un syndrome comitial chez des sujets constitutionnellement non prédisposés.

V.-J. Durand.

Sur un tableau histopathologique particulier des centres nerveux dans un cas d'oligophrénie cérébropathique (Su di un particolare quadro istopatologico dei centri nervosi in un caso di frenastenia cerebropatica), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Il cervello*, 31e année, n° 4, 15 juillet 1955, p. 247-270).

L'auteur rapporte l'observation anatomo-clinique complète d'un cas de profonde idiotie avec épilepsie. L'étude histologique soigneuse permet de rattacher les symptômes constatés à une forme infantile de la maladie de Gaucher. L'intérêt venait aussi de l'association à une oligophrénie cérébropathique commune, de lésions des centres nerveux rappelant celles des cérébropathies dysmétaboliques. 37 figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Recherches sur la mentalité des malades de la lèpre, par Sonia Letayf (de São-Paulo). (*Revista de psicologia normal e patologica,* São-Paulo, 1re année, n° 1, janvier-mars 1955, p. 3-59).

Faisant une étude psycho-sociale de la lèpre, l'auteur décrit tout d'abord le choc provoqué chez le malade par la révélation de son affection. Puis elle envisage la structure psychologique d'une communauté de lépreux. A l'aide d'interrogatoires, d'entretiens cliniques, de l'analyse de documents, elle distingue plusieurs attitudes du malade à l'égard du centre et de la société ; attitude négative, réfractaire à la vie du centre, visant la société saine ; attitude positive aux réactions inverses ; attitude ambiguë, inadaptée dans les deux milieux ; enfin, attitude adaptée, basée sur une conscience de la réalité objective. Les facteurs nombreux qui motivent ces attitudes sont passés en revue et considérés successivement dans leur mécanisme d'action. Photographies du centre de lépreux de Pirapitinguy (près de São-Paulo). En appendice : questionnaires-types utilisés.

V.-J. Durand.

Les dérivations basales en électro-encéphalographie clinique (Le derivazioni basali in elettroencefalografia clinica), par Enrico Schergna et Roberto Zappoli (de Padoue). (*Rivista di neurologia,* vol. 25, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 19-68).

Les auteurs ont exploré l'activité bioélectrique de la base du cerveau grâce à deux électrodes mastoïdiennes, deux sphénoïdiennes et une pharyngée. De 41 sujets examinés : 7 étaient normaux, 4 porteurs de tumeurs de l'hypophyse, 4 avaient un syndrome diencéphalique, 2 souffraient de céphalées, 1 avait une tumeur temporale, 4 un syndrome extra-pyramidal, 19 étaient épileptiques. 2 furent étudiés également pendant le sommeil barbiturique. La présente méthode se montre très utile pour localiser des lésions intéressant les structures profondes et la base de l'encéphale. Elle permet, d'autre part, de mieux préciser certains problèmes posés par l'épilepsie. Quatorze figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Quelques considérations à propos de l'homme (Algunas consideraciones acerca del hombre), par Luis Lopez de Mesa. (*Anales neuropsiquiátricos,* Bogota, 13e année, vol. 8, nos 33-34, juillet-décembre 1954, p. 5-43).

Dans le discours qu'il prononça en qualité de président de l'Académie nationale de médecine de Colombie, le professeur Luis Lopez de Mesa retrace brillamment l'évolution de quelques conceptions philosophiques des problèmes humains. Evoquant le développement de l'homme, au cours des siècles, le rôle joué par son système nerveux, les apports des diverses civilisations, il montre la rançon des derniers progrès scientifiques. Si la connaissance de l'esprit humain s'est enrichie, si l'avance est importante dans de nombreux domaines, un malaise est indéniable. Des inconnues subsistent, des faiblesses se révèlent. « La tâche de l'homme est d'être lui-même, une création incessante, création technique d'utilité, création scientifique de connaissance, création philosophique de sagesse, création religieuse de liens, création affectueuse de sentiments, création axiologique de bonté, de liberté, de beauté et de justice. »

V.-J. Durand.

Aperçu psychopathologique sur les névroses traumatiques dans le personnel navigant de l'aviation, par R. Digo et A.-R. Missenard. (*L'hygiène mentale,* 44e année, n° 1, 1955, p. 1-18).

Les traumatismes chez le personnel navigant posent certains problèmes particuliers. Le recrutement sévère de ce personnel, les visites de contrôle régulières, l'attachement à la profession créent des conditions spéciales. Les auteurs rapportent cinq cas de névroses traumatiques : les deux premiers, avec réactions anxieuses débordant peu la situation de l'accident. Les autres, survenant chez des sujets à la personnalité vulnérable, prédisposée, à l'équilibre instable. Le pronostic est évidemment différent suivant les caractéristiques de la personnalité primitive et la motivation du choix professionnel. « Les névroses traumatiques chez l'aviateur conduisent moins à l'étude des accidents qu'à celle de la personnalité, dans une conception sociale de sa fonction et de sa valeur. »

V.-J. Durand.

Sur la méthode clinique dans le diagnostic psychologique (Uber die klinische Methode in der psychologischen Diagnostik), par Ernst Boesch (de Saarbrück). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung,* vol. 2, n° 4, 1954, p. 275-292).

A propos du cas d'une petite fille, l'auteur décrit un procédé d'examen psychologique clinique. Il considère le point de départ par un comportement particulier, l'élaboration des premières hypothèses explicatives, le choix des moyens diagnostiques pour étayer ces hypothèses, la mise au point des problèmes posés, l'élaboration de nouvelles hypothèses. Ce procédé est donc progressif, tendant à élucider les causes des comportements et leur signification fonctionnelle pour la personne entière. Après l'exposition de sa méthode, l'auteur discute certaines questions connexes de technique et d'évaluation des résultats.

V.-J. Durand.

Un nouveau messie (note sur Georges Roux, de Montfavet, à propos du comportement pathologique d'un de ses adeptes), par J. Alliez, M. Baudry et R. Pujol (de Marseille). (*L'encéphale,* t. 44, n° 2, 1955, p. 155-169).

Ayant eu l'occasion d'examiner et de soigner, pour troubles marqués du comportement, un disciple du christ de Montfavet, les auteurs analysent les œuvres de ce dernier. Ils y retrouvent des éléments pathologiques leur permettant, appuyés d'autre part, sur un entretien avec le « maître », de porter le diagnostic de « vaste délire d'imagination à thème mégalomaniaque ». Pour étayer leur argumentation, ils reproduisent d'importants passages de trois écrits de Gaston Roux : « Journal d'un guérisseur », « Paroles du guérisseur » et « Mission divine ». Le développement récent de la secte pose de multiples problèmes de psychologie collective.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude du mécanisme d'action de l'histothérapie placentaire et de ses possibilités d'application chez les neuro-syphilitiques (Contributo allo studio sul meccanismo d'azione dell'istoterapia placentare e sue possibilità d'applicazione nei neuro-luetici), par Carmine Sinisi et Carmine Cante (de Naples). (*L'Ospedale psichiatrico,* 22e année, fasc. 3, juillet-septembre 1955, p. 215-226).

Chez des malades neuro-syphilitiques hypo-surrénaliens, les auteurs ont pu observer une plus grande positivité du test de Thorn à l'A.C.T.H. et à l'adrénaline, ainsi qu'une augmentation du taux glycémique après thérapeutique tissulaire par extraits placentaires. De tels résultats sont en faveur d'une action corticotrope de l'histothérapie placentaire et permettent de faire quelques considérations sur les possibilités d'emploi de la thérapeutique tissulaire de Filatov chez les neuro-syphilitiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Possibilités et limites de la psychothérapie des schizophrènes (Moglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie Schizophrener), par G. Benedetti (de Zürich). (*Bulletin der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften,* vol. 11, fasc. 1-2, 1955, p. 142-159).

L'auteur tente une étude des phénomènes schizophréniques, en considérant les rapports qui s'établissent entre malade et famille, malade et médecin. Les symptômes morbides ne sont pas seulement ceux d'un individu malade isolé ; ce sont aussi des phénomènes interhumains. Pour l'apparition et l'évolution de ces phénomènes participent le malade lui-même et l'entourage. A l'aide de quelques exemples, il est montré comment les idées délirantes et les attitudes affectives anormales dans le cours de la psychothérapie peuvent être comprises dans leurs intentions et leur signification humaine. Il y a modification des symptômes à travers cette compréhension. Dans le transfert, le médecin qui était un persécuteur présumé devient un ami qui peut aider le malade à modifier ses conceptions et son monde intérieur. Références bibliographiques

V.-J. Durand.

L'allaitement comme dialogue mimique nourrice-nourrisson (L'allattamento come dialogo mimico nutrice-lattante), par Giorgio Resta (de Gênes). (*Infanzia anormale,* fasc. 11, nouvelle série, mars-avril 1955, p. 107-116).

Analysant les influences sensori-motrices réciproques entre nourrice et nourrisson, pendant l'allaitement, l'auteur distingue quatre phases : 1) introduction du mamelon dans la bouche de l'enfant ; 2) stimulation de la zone orale ; 3) réactions motrices déterminant le réflexe de succion ; 4) stimulation. La phase 1 peut être considérée comme une invitation à la nutrition, la phase 3 comme une acceptation. Les phases 2 et 4, avec un aspect sensoriel passif, sont associées à l'apprentissage préalable de la phase 1 et de la phase 3. Il y a un véritable dialogue mimique nourrice-nourrisson, mais aussi une différenciation progressive de ce dialogue au cours de l'allaitement, ce qui conduit l'auteur à étudier les caractères communs des langages préverbal, verbal et écrit. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Aspect du fond d'œil chez les éthyliques chroniques, par A. Lagache, M. Ardouin, P.-H. Davost, A. Catros et P. Boulanger (de Rennes). (*Revue d'oto-neuro-ophtalmologie,* t. 26, n° 6, 1954, extrait de 4 pages).

Des recherches ophtalmologiques ont été pratiquées chez 65 alcooliques chroniques hommes, intoxiqués surtout par le cidre et l'eau-de-vie. Au fond d'œil, les artères apparaissent le plus souvent brillantes, de teinte orangée ou cuivrée, à trajet sinueux, à calibre rétréci ; les veines, d'aspect normal, sont, en réalité, légèrement augmentées de volume. Rarement, les artères ont des irrégularités de calibre. Rarement aussi, les artères et les veines subissent des modifications parallèles. La papille est le plus souvent sensiblement normale ; elle a parfois une teinte grisâtre, rarement montre un léger flou. La tension artérielle rétinienne minima, mesurée à l'ophtalmodynamomètre de Bailliart, est ordinairement augmentée. Habituellement, pression du globe et pression veineuse sont en équilibre. La névrite rétrobulbaire est rare (4 cas sur 65). L'étude du fond d'œil est nécessaire chez les éthyliques chroniques, d'abord au point de vue pronostique, renseignant sur l'état circulatoire général et local, précisant le stade d'imprégnation atteint par le malade, ensuite au point de vue thérapeutique, orientant le choix du traitement, appréciant le comportement des vaisseaux rétiniens lors de la crise par l'antabuse, permettant enfin d'évaluer les possibilités de retour à un fonctionnement circulatoire amélioré.

V.-J. Durand.

Intervention à propos du rapport sur la douleur (Intervento alla relazione sul dolore), par A.-M. Fiamberti (de Varèse). (*Minerva chirurgica,* 10e année, n° 7, 15 avril 1955, extrait de 8 pages).

Dans cette communication, l'auteur répond au rapport du professeur Wertheimer sur la thérapeutique chirurgicale de la douleur, lors du deuxième congrès de l'Union médicale méditerranéenne (Turin, 3-4 juin 1954). Regrettant de ne pas voir mentionnée sa méthode transorbitaire originale, préconisée par lui depuis 1937, il rappelle les traits essentiels du procédé. L'avantage essentiel, en plus de la facilité technique, est de respecter la personnalité du malade et de ne pas provoquer d'altérations anatomiques ou radiologiques, qui caractérisent d'autres types d'interventions psycho-chirurgicales. L'auteur préfère cette méthode à la variante de Freeman. Quatre figures.

V.-J. Durand.

Expériences sur l'action réveillante de la pervitine dans l'excitation onirique des épileptiques (Esperienza sull'azione risvegliante del pervitin nell'eccitamento onirico di epilettici), par Emanuele Motta (de Messine). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria,* 16e année, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 163-170).

La pervitine (1 phényl-2 méthylaminopropane) a été employée par l'auteur chez treize épileptiques, à la dose de 30 à 90 mgr. par voie intra-veineuse. Il y a d'abord renforcement de l'excitation, puis sédation générale et résolution des troubles de la conscience. Les symptômes oniriques disparaissent.

Il semble possible d'attribuer cette modification favorable à une action sur le système qui règle les degrés de vigilance, c'est-à-dire essentiellement au système réticulé. Cet effet antihypnique et antionirique permet d'appliquer la pervitine en thérapeutique pour les signes d'excitation onirique chez les épileptiques. Les crises convulsives, par contre, ne sont pas influencées.

V.-J. Durand.

Exploration psycho-pharmacologique des schizophrénies catatoniques (Exploracion psicofarmacologica de las esquizofrenias catatonicas), par Mario Ricardo Machado et Julio H. Herrera (de Cordoba). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas, Quito,* 2e époque, vol. 3, n° 10, avril-juin 1955, p. 223-231).

Injectant par voie intra-veineuse : 25 cm^3 de sérum glucosé hypertonique avec 100 mgr. de vitamine B1, puis 100 mgr. de phényl-amino-propane en cinq secondes, les auteurs ont recherché le choc amphétaminique chez 14 schizophrènes catatoniques. Dans l'ensemble, l'action activante du produit sur le psychisme des malades fait disparaître le mutisme, l'opposition catatonique, facilitant le contact, apportant un matériel symptomatique plus ou moins abondant. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Résumé d'eugénésie psychiatrique (Resumen de eugenesia psiquiatrica), par J. Solé Sagarra (de Barcelone). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas, Quito,* 2e époque, vol. 3, n° 10, avril-juin 1955, p. 209-221).

Rappelant les principes des recherches sur le rôle de l'hérédité en psychiatrie, montrant les difficultés de ces études, l'auteur passe en revue les différentes affections mentales en ce qui concerne leur position dans le domaine de la génétique. Il envisage successivement les personnalités psychopathiques, les oligophrénies, les psychoses involutives, les psychoses syphilitiques, les psychoses symptomatiques, l'épilepsie, la schizophrénie, les psychoses cyclothymiques. Au point de vue de l'eugénésie, les conclusions doivent être prudentes.

V.-J. Durand.

Sérum cytotoxique antiréticulaire et crises convulsives (Siero citotossico antireticolare e crisi convulsive), par Eldo Broggi (de Vercelli). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1171-1181).

L'auteur, qui avait déjà constaté dans trois cas des convulsions épileptiques généralisées après un traitement par le sérum de Bogomoletz, rapporte ici deux nouvelles observations de crises comitiales à la suite de l'administration de sérum cytotoxique anti-réticulaire. Il pense que le sérum agit de cette façon uniquement chez les sujets à prédisposition épileptogène. Celle-ci peut être la conséquence de séries exagérées de sismothérapie avant le sérum de Bogomoletz. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Épilepsie psychique et troubles du comportement. Contribution clinico-électro-encéphalographique (Epilessia psichica e turbe del comportamento. Contributo clinico-elettroencefalografico), par R. Canestrari et P. Dazzi (de Bologne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 1, 1955, p. 1-28).

Après avoir précisé la notion d'épilepsie psychique, en particulier par rapport à la localisation électro-encéphalographique temporale, les auteurs montrent l'ambiguïté clinique de cette notion à l'égard de troubles du caractère. Ils mettent en évidence l'importante contribution apportée par l'électro-encéphalographie au diagnostic de l'épilepsie psychique et des perturbations caractérielles, tout en indiquant son insuffisance méthodologique pour arriver à une généralisation définitive. Neuf cas cliniques sont décrits, allant de l'épilepsie psychique jusqu'aux simples désordres du caractère. La phénoménologie est très variée. Il ne semble pas que les résultats de l'électro-encéphalographie soient les seuls facteurs discriminatifs. Il est nécessaire, pour une connaissance exacte des cas, d'associer des analyses cliniques, psycho-diagnostiques et électro-encéphalographiques. Il reste encore beaucoup à faire. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Encéphalites légères et névroses (Encefaliti lievi e nevrosi), par Filippo Cardona (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1023-1034).

Il y a des cas d'état chronique névrosique, semblables aux névroses confusionnelles, mais liés à des processus légers d'encéphalites chez des sujets sans antécédents, sans facteurs émotionnels graves, sans hérédité névrosique. Parfois, les états névrosiques considérés comme constitutionnels sont secondaires à des poussées encéphalitiques légères de l'enfance. Parmi les quatre grands groupes de psychonévroses (neurasthéniformes, obsessionnelles, hypocondriaques, hystériques), le premier et le dernier peuvent être rattachés à des faits encéphalitiques antérieurs. Par contre, cette liaison est exceptionnelle dans les autres formes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les psychoses combinées (Le psicosi combinate), par Gabriele Tripi (de Trapani). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1220-1228).

L'auteur reprenant l'étude du problème des psychoses combinées rapporte que, chez 2.517 malades mentaux, il a trouvé douze cas de combinaison entre schizophrénie et épilepsie (0,47 %), trois entre schizophrénie et psychose maniaco-dépressive (0,11 %), deux entre arriération et schizophrénie (0,007 %) et, enfin, un entre psychose maniaco-dépressive et épilepsie (0,003 %). Rappelant quelques opinions classiques à ce sujet, l'auteur montre, par ses observations, la rareté des psychoses combinées et la nécessité de plus larges recherches méthodiques sur un problème si important, à la fois du point de vue clinique et du point de vue pathogénique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur un cas de gargoylisme (Su di un caso di gargoilismo), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1139-1170).

L'auteur rapporte une observation anatomo-clinique complète de gargoylisme chez une malade morte à 73 ans. La malade avait une taille de 1 m. 50, une envergure des bras de 1 m. 63, une grosse tête aux malformations caractéristiques, une chondromatose de plusieurs doigts. A l'autopsie on notait : légère asymétrie des hémisphères cérébraux, gonflement des cellules nerveuses par une accumulation des granulations cytoplasmiques, formations fusiformes sur les dendrites des cellules de Purkinje. Le diagnostic est à faire surtout avec la maladie de Niemann-Pick et l'idiotie amaurotique. Dans le cas présenté, aucune tare héréditaire n'a été retrouvée. 48 figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Effets biologiques du traitement avec le sérum cytotoxique anti-réticulaire : comportement des réactions de labilité séro-colloïdale chez les alcooliques, les épileptiques, les parkinsoniens post-encéphalitiques (Effetti biologici del trattamento con siero citotossico antireticolare : comportamento delle reazioni di labilità siero colloidale in alcoolisti, in epilettici, in parkinsoniani encefalitici), par P. Pappalardo et B. Buffa (de Vercelli). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 26-44).

Chez 35 malades (13 éthyliques avec troubles psychiques, 15 épileptiques, 7 parkinsoniens post-encéphalitiques), les auteurs ont recherché l'action du sérum cytotoxique anti-réticulaire sur le comportement de réactions explorant l'équilibre colloïdal du sérum sanguin. Le traitement modifie profondément cet équilibre dans des sens dépendant de la dose employée, de l'état antérieur du foie et du système réticulo-endothélial, ainsi que des conditions neuro-endocriniennes. Les modifications observées correspondraient à un meilleur équilibre de la crase séro-protéique et à une plus grande capacité des réactions défensives, grâce à une dynamisation des fonctions des tissus mésenchymateux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Schizophrénie et épilepsie (Schizofrenia ed epilessia), par V. Nannarelli (de Nocera superiore). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 2, mars-avril 1955. p. 109-116).

L'auteur décrit trois cas d'épilepsie avec délire de type paranoïde. Rappelant les discussions classiques à ce sujet, il indique qu'il n'est pas possible de concevoir la coexistence de la schizophrénie et de l'épilepsie, si on n'admet pas les théories de V.-M. Buscaino. Il ne voit pas autrement comment on pourrait concilier le fait de cas cliniques à maladies associées, avec le traitement de la schizophrénie par la sismothérapie. Ou bien, les deux affections sont antithétiques, ce qui justifie les traitements de choc, ou bien elles ne le sont pas, ce qui enlève toute base à ces traitements. Au contraire, d'après les conceptions de V.-M. Buscaino, il est possible de reconnaître une phénoménologie schizophrénique aux psychoses épileptiques, les deux maladies correspondant à un trouble de l'équilibre biochimico-humoral.

V.-J. Durand.

Sur une nouvelle technique du test cardiazolique dans le diagnostic de l'épilepsie (Su di una nuova tecnica al test cardiazolico nella diagnosi dell'epilessia), par V. Risetti et A. Cacopardo (de L'Aquila). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 2, mars-avril 1955, p. 117-121).

Les auteurs ont employé chez 70 malades (40 épileptiques, 30 psychopathes non épileptiques) le test du cardiazol, modifié selon la technique de Broser, Hann et Leube, avec administration buccale et intra-veineuse associées. Ils ont obtenu la provocation d'un accès convulsif dans 55 % des cas d'épilepsie, la prise du produit par voie orale ne donnant que 25 % de crises. Les sujets non épileptiques ne présentèrent aucune manifestation convulsive. Les auteurs soulignent les avantages de la méthode : action élective chez les épileptiques, absence de troubles, haut pourcentage de positivité, rapidité d'exécution, utilisation possible quand on ne dispose pas d'un électro-encéphalogramme.

V.-J. Durand.

Les réflexes vestibulaires des catatoniques (I reflessi vestibolari dei catatonici), par E. Ferrari (de Cagliari). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 45-57).

Après rappel de quelques travaux classiques, l'auteur expose les résultats de ses recherches sur les réflexes labyrinthiques dans la démence précoce. Il a trouvé, chez une forte proportion de catatoniques, un réflexe vestibulo-oculo-moteur perturbé. Diverses particularités séméiologiques et le comportement des réactions au cours de la subnarcose barbiturique permettent d'interpréter les modifications constatées comme dues à une atteinte du système nerveux central. Il faut signaler une nette différence entre les réactions vestibulaires des catatoniques et celles des autres formes de démence précoce. Quatre figures. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Rôle de la boisson chez l'aviateur, par J. Malméjac (d'Alger). (*La revue de l'alcoolisme*, t. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 201-218).

Montrant d'abord les aptitudes particulièrement développées et variées que réclame l'exercice du pilotage, l'auteur décrit ensuite les effets physiologiques de la navigation aérienne : chimiques de la dépression barométrique, physiques de l'altitude, perturbations de la thermo-régulation, troubles liés aux effets d'accélération. Chez l'aviateur, la boisson joue un rôle essentiel pour compenser non seulement la perte d'eau, mais aussi de chlorure de sodium et, d'autre part, pour apporter à l'organisme des substances favorables (glucides et vitamines). Si l'eau, l'eau légèrement salée, le lait, les jus de fruits se montrent spécialement utiles, l'alcool, même à faible dose, trouble les mécanismes régulateurs, exagère les perturbatians liées à la navigation aérienne, avec atteinte marquée de l'équilibre psychique. Les accidents qui peuvent résulter de l'absorption des boissons alcooliques doivent imposer des mesures préventives.

V.-J. Durand.

Importance et fréquence des dermatoses chez les alcooliques, par Yves Bureau et Henri Barrière (de Nantes). (*La revue de l'alcoolisme*, t. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 219-226).

Le terrain alcoolique favorise l'apparition de certaines dermatoses, par exemple la pellagre, particulièrement fréquente chez les éthyliques. D'autre part, ces derniers peuvent présenter des dermites de sensibilisation, des troubles trophiques pseudo-syringomyéliques. Les signes d'atteinte hépatique sont habituels. Plusieurs observations sont rapportées.

V.-J. Durand.

Sur la position du malade en face de la maladie (Uber die Einstellung des Patienten zŭr Krankheit), par Günther Knorr (de Graz). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 1, 1955, p. 6-17).

Toute maladie entraîne, du fait de son existence, un changement vital dans la personnalité du malade. Dans les affections psychiques, il y a atteinte du centre intégrateur de tous les processus vitaux. Il est nécessaire de distinguer chez le sujet souffrant : la conscience de la maladie et l'idée de la maladie. Cette idée est la possibilité d'objectiver les processus pathologiques. Le but de la thérapeutique est de recréer la relation entre le moi et l'environnement. C'est de faire le partage entre la personnalité et les événements pathologiques. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Projection dans les dessins (Projection in drawings), par H.-C. Gunzburg (de Birmingham). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 1, 1955, p. 72-81).

Les dessins d'un « bonhomme » exécutés par un malade oligophrène au cours d'une évolution de dix ans sont présentés en même temps qu'un résumé biographique de la vie anormale du sujet pendant cette période. Des changements qualitatifs marqués dans la conception stéréotypée des dessins de la figure humaine peuvent être considérés comme l'expression inconsciente de la vie émotionnelle du malade. Il faut signaler que l'on doit être très prudent pour l'estimation des dessins comme test d'intelligence. Les dessins sont très sensibles aux perturbations émotionnelles. Mais, ils offrent aussi une occasion utile d'étudier la vie émotionnelle de malades dont les réponses à d'autres techniques projectives sont souvent particulièrement pauvres. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Habileté abstractive et détérioration. Le « Barrow hospital sorting test » dans l'examen psychologique clinique (Abstraction ability and impairment. The Barrow hospital sorting test in clinical psychological testing), par John E. Tong (de Retford). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 1, 1955, p. 19-28).

Le « Barrow hospital sorting test », test basé sur le classement de figures différentes par la forme, la couleur et certains détails, en explorant l'habileté abstractive, permet de mesurer la détérioration mentale. Il constitue un

bon moyen de différencier sujets non psychotiques et psychotiques (y compris malades organiques). Le temps de passation est d'une quinzaine de minutes. L'auteur compare les résultats de ce test à ceux du Rorschach, au score des similitudes du Wechsler-Bellevue, aux Progressive Matrices.

V.-J. Durand.

Études sur la science de l'expression comparée : écriture et façon de parler (Studien zur vergleichenden Ausdruckskunde : Handschrift und Sprechweise), par Gerhard Grunervald (de Fribourg-en-Brisgau). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 3, 1954, p. 219-233).

L'auteur expose les résultats d'une comparaison expérimentale entre l'expression parlée et l'expression écrite. Au début sont précisées les notions d'homologie et de congruence des signes caractéristiques. Les enregistrements des voix de 18 sujets pris au hasard, ainsi que leurs écritures, ont été soumis au jugement critique de plusieurs personnes, selon certains points de vue graphologiques et phonétiques. Il apparaît que se produisent certaines congruences individuelles pour quelques signes homologués de l'écriture et de la parole. Les couples de signes suivants ont été analysés : fluide-non fluide, à pulsation rapide-à pulsation lente, tendu-sans tension, avec insistance-sans insistance. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution casuistique au diagnostic différentiel psychopathologique dans la consultation médicale (Kasuistischer Beitrag zur psychopathologischen Differentialdiagnose in der ärztlichen Sprechstunde), par Helmut Enke et Eleonore Diesel (de Fribourg-en-Brisgau). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 3, 1954, p. 329-346).

Dans la pratique médicale, en particulier pour le diagnostic différentiel entre névroses et psychoses à un stade initial, l'examen psychologique est très utile. A l'aide de deux exemples, les auteurs montrent les modalités d'application. Ils ont employé comme épreuves : le test de Rorschach, celui des pyramides de couleur de Pfister-Heiss et le test de dessin de Wartegg. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Une analyse factorielle dans le test des pyramides de couleur (Eine Faktorenanalyse im Farbpyramidtest), par Kullervo Rainio et Rauno Matikainen (d'Helsinki). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 4, 1954, p. 292-306).

Chez 115 contremaîtres finlandais, les auteurs ont employé le test des pyramides de couleur. Ils ont étudié surtout les qualités de structure et les tons des couleurs de base dans la troisième pyramide. Une analyse fondée sur une statistique des corrélations permet de déterminer huit facteurs dont deux sont symptomatiques d'une tendance à la suggestibilité et des qualités nécessaires pour le commandement. D'autre part, le degré de luminosité de

contraste entre le clair et l'obscur, les contrastes de couleur, le degré de saturation et la teinte tendant vers le rouge par opposition au bleu peuvent jouer un certain rôle.

V.-J. Durand.

Recherches avec une conversation imaginaire exploratrice selon le schéma du rêve magique (Versuche mit einem explorativen Phantasiagespräch nach dem Schema Zaubertraum), par Theophil Thun (de Paderbom). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 4, 1954, p. 309-321).

L'auteur présente un schéma pour une conversation imaginaire selon la formule du « rêve magique », en se rapprochant du phénomène du rêve dans lequel se réalisent des vœux grâce à un pouvoir magique. Les modalités d'application sont précisées. Le dialogue est enregistré. Le rêve magique fait partie des méthodes projectives. Son interprétation doit se fonder, en particulier, sur la façon de parler, le style, les variétés des vœux magiques, le cours de la pensée. Il faut essayer d'approfondir l'analyse des liens affectifs ainsi que celle des sphères des valeurs subjectives du sujet.

V.-J. Durand.

Les associations de couleur comme facteur contribuant au choc névrotique de couleur (Colour associations as a contributing factor to neurotic colour shock), par L. R. C. Haward (de Sedgefield, Durham). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n° 2-3, 1955, p. 183-187).

Les temps de réaction et les associations aux stimuli chromatiques dans le test de Rorschach ont été recherchés chez 24 sujets normaux servant de témoins et chez 64 névrotiques hospitalisés. Des réactions différentielles ont été trouvées entre les deux séries. Elles ne sont pas absolument significatives. Quand les réactions au rouge ont été isolées, cela a montré que la formation du concept est plus longue pour les taches rouges que pour les grises, tandis que le rouge lui-même, abstraction faite de la forme, produit des réponses plus morbides dans le groupe névrotique que chez les sujets témoins. L'auteur évoque, à ce sujet, l'hypothèse de Wallen, d'après laquelle la couleur rouge produit chez les névrotiques des associations désagréables avec surtout évocation de taches de sang. Les résultats actuels paraissent confirmer l'opinion de Wallen. La question du choc chromatique, sur laquelle les avis sont partagés, est discutée.

V.-J. Durand.

Aspects de la personnalité chez les malades atteints d'ulcère peptique (Aspects of personality in peptic ulcer patients), par Louis Minski et Mahesh M. Desai (de Belmont Hospital). (*The british journal of medical psychology*, vol. 28, n°s 2-3, 1955, p. 113-134).

Les caractéristiques de la personnalité des malades porteurs d'ulcère gastrique ont été l'objet de nombreux travaux. Dans la présente étude, les auteurs ont comparé un groupe de vingt-cinq ulcéreux (tous du sexe masculin), avec un autre groupe formé d'un nombre identique de psychotiques présentant des symptômes hystériques prédominants. La comparaison a été

basée sur l'appréciation de signes cliniques et sur l'emploi du labyrinthe de Porteus, de l'épreuve de Rorschach et du test de frustration de Rosenzweig. On trouve dans le premier groupe un plus grand nombre de sujets consciencieux, méthodiques, tendres, obsédés. Cependant, dans un tiers des cas, n'a été retrouvé aucun trait considéré comme caractéristique du type ulcéreux. Les ulcéreux ont, généralement, un meilleur « self-control » que les sujets du second groupe au test de Porteus. Ils sont plus mûris, mais plus anxieux que les hystériques. Au test de Rosenzweig, les résultats sont souvent peu différents. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur la situation scientifique théorique de la psychothérapie contemporaine (Zur wissenschaftstheoretischen Situation der gegenwärtigen Psychotherapie), par J. H. Schultz (de Berlin-Charlottenburg). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 3, 1954, p. 187-194).

Malgré ses développements récents, peut-être d'ailleurs à cause d'eux, la psychothérapie traverse actuellement une crise. L'auteur rappelle quelques-unes des conditions dans lesquelles sont apparues les diverses écoles de psychothérapie, et, en particulier, la psychanalyse. Il précise les possibilités, mais aussi les limites de ces méthodes de traitement. C'est seulement en demeurant en liaison aussi étroite que possible avec la psychologie scientifique générale que la psychothérapie conservera son véritable visage et pourra trouver sa meilleure justification. Certains excès inconsidérés lui seraient néfastes.

V.-J. Durand.

De la médecine psychosomatique, par R. Laforgue. (*Maroc médical*, 34e année, n° 360, mai 1955, p. 617-623).

Rappelant le développement des conceptions psycho-somatiques et sa part personnelle dans leur élaboration, l'auteur montre la fréquence extrême d'une culpabilité maladive à la base des symptômes à combattre. Un conflit intra-psychique inconscient existe chez les malades, lié souvent à des troubles dans les relations avec le milieu. Le rôle de la culture, des traditions, de la civilisation, est essentiel pour le déterminisme de la forme des manifestations cliniques. Quatre observations sont rapportées, dans lesquelles apparaît nettement l'origine des phénomènes d'ordre psycho-somatique, remontant pour chacun de ces cas à deux générations antérieures. Les perturbations des Super-Ego sont un élément capital en médecine psychosomatique. Il est nécessaire d'abandonner certains préjugés, certaines conceptions injustifiées, afin de mieux comprendre les malades.

V.-J. Durand.

Systématisation statistique de quelques problèmes de pathologie de Rorschach dans le domaine de l'éthylisme chronique (Sistematizzazione statistica di alcuni problemi di patologia Rorschach nel campo dell'etilismo cronico), par Max Beluffi (de Milan). (*Il cervello*, 31e année, n° 5, 15 septembre 1955, p. 383-406).

D'une étude des modifications du test de Rorschach chez l'alcoolique, l'auteur a retenu d'abord le caractère d'organicité habituel chez les éthyli-

ques chroniques. Dans l'ensemble, les signes sont comparables à ceux observés dans d'autres affections organiques. Il est possible de construire une courbe à fonction tangentielle très typique, avec prédominance de la bande extratensive d'inexpressivité. Dans la série examinée, le rapport d'atrophisation kinesthésique était de 75 %.

V.-J. Durand.

Mémoire dite visuelle et activité cérébrale, par F. Morel, J.-J. Burgermeister et P. Dick (de Genève). (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie,* Bâle, vol. 130, n° 3, 1955, p. 193-208).

Par la méthode d'enregistrement sur film photographique d'un rayon lumineux réfléchi par la cornée, les auteurs ont pu suivre et analyser le trajet parcouru par l'axe visuel dans l'acte de suivre le contour d'une figure et dans celui de se représenter cette figure de mémoire. Ils rapportent, d'une part, les similitudes, d'autre part, les différences spécifiques, qu'ils observent entre ces deux performances. L'analyse de l'acte de suivre le contour d'une figure, comme de celui de se représenter une figure fait entrevoir une séquence de phases, lesquelles correspondent à des pauses séparées les unes des autres par des saccades brusques. Les mouvements des yeux sont déterminés par des excitations proprioceptives provenant des muscles oculaires. L'information au cours de la représentation de mémoire paraît essentiellement basée sur le principe de la réafférence. Un essai d'explication des mécanismes de la mémoire est proposé. Trois figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sérotonine et schizophrénie (Serotonina e schizofrenia), par Alfredo Poloni (de Bergame). (*Il cervello,* 31e année, n° 5, 15 septembre 1955, p. 355-382).

L'injection intra-veineuse de 5 mgr. de sérotonine détermine chez des schizophrènes à électro-encéphalogramme normal une augmentation de l'amplitude, un ralentissement, une régularisation et une tension du rythme alpha pendant 20 à 35 minutes, avec réaction d'arrêt plus marquée. Chez les schizophrènes à tracé instable, pas de variation sensible. Chez les épileptiques, il y a activation des anomalies pendant 5 à 10 minutes, surtout des composantes rapides avec régularisation dans la période intermédiaire et diminution de la réaction d'arrêt. Chez d'autres malades, on observe amplification, ralentissement, extension de l'alpha avec, parfois, apparition de quelques éléments rapides sur les dérivations antérieures. Chez des sujets traités par des barbituriques, on a des longues périodes d'activité rapide ; après administration de diéthylamide de l'acide lésergique, de mescaline, de bulbocapnine, se voient accentuation et extension des modifications obtenues par la sérotonine, et cela surtout chez les schizophrènes. Quelques commentaires sont faits sur l'action de la sérotonine au niveau du système nerveux central, sur la synergie entre sérotonine et barbituriques, ainsi que les rapports entre la première et les substances schizogènes. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur l'aptitude des schizophrènes à faire des crises dysthymiques (Sull'idoneita degli schizofrenici alle crisi distimiche), par Giorgio Sacerdoti (de Venise). (*Il cervello,* 31e année, n° 6, 15 novembre 1955, p. 483-494).

L'auteur rapporte une observation de crise dépressive, typique au point de vue structural et évolutif, apparue chez une schizophrène paranoïde après 21 ans de séjour à l'hôpital. La possibilité, assez rare, d'apparition et de développement d'un épisode dysthymique, d'une façon analogue à ce qui se voit chez des sujets sains ou des cyclothymiques, n'est pas en accord avec les conceptions classiques de la schizophrénie, pas plus d'ailleurs qu'avec les théories existentialistes. Au point de vue de la pathologie de la conscience, l'organo-dynamisme de Ey semble rendre compte du fait que ces crises dysthymiques se développent seulement dans certains types et à certaines phases des schizophrénies. V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des désorganisations conjointes de la parole et du mouvement, par J. de Ajuriaguerra et J. Garcia Badaracco. (*L'encéphale* 44e année, n° 4, 1955, p. 297-335).

Nombreuses sont les relations entre langage et mouvement. Chez l'enfant, la verbalisation fait partie de l'action. Les désorganisations conjointes de la parole et de la motilité peuvent permettre d'utiles comparaisons. Dans leur étude clinique, les auteurs considèrent d'abord les diminutions globales du débit verbal et moteur : syndrome akinéto-hypertonique avec mutisme, syndrome de mutisme akinétique. Puis, sont envisagés les troubles du déroulement du mouvement et de la parole, particulièrement notés chez les parkinsoniens. Enfin, sont décrites les formes complexes de désorganisation de la psycho-motricité et du langage : phénomènes en écho (écholalie et échopraxie), réactions forcées (réflexe de préhension, réflexe de succion). Les associations syndromiques observées répondent à des étiologies diverses : maladie de Parkinson, syndromes pseudo-bulbaires, maladie de Pick, maladie d'Alzheimer. Une analyse sémiologique soigneuse permet de schématiser les différents groupements symptomatiques. Au point de vue de l'interprétation générale, il n'y a aucune opposition entre les phénomènes d'enrayage et les itérations. Le symptôme n'a pas de valeur univoque, il est un signe, mais n'a pas en soi une signification. « Ce qui importe, c'est la forme générale de la désorganisation plus que le symptôme lui-même. Ce qui est essentiel, c'est de préciser le niveau de la désintégration, de ne pas négliger le facteur évolutif. Il faut, certes, distinguer les signes positifs et les signes négatifs, mais aussi essayer de comprendre les nouvelles formes de désorganisation, réalisées par la maladie. Le symptôme n'est souvent que la voie finale commune de certains désordres sans que les structurations nouvelles dans les différents cas soient équivalentes. » Quelques observations cliniques sont rapportées. Bibliographie. V.-J. Durand.

L'analyse caractérologique en psychiatrie (L'analisi caratterologica en psichiatria), par Paolo Pinelli (de Pavie). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatrie,* 16e année, fasc. 4 et 5, juillet-octobre 1955, p. 477-500).

La caractérologie, considérée avec Lersch comme une analyse dynamique et individuelle, avec sa terminologie exacte et spécifique, s'adapte parfai-

tement à l'étude de la vie psychologique et pathologique. Elle permet de rendre concrets les principes d'interprétation des phénomènes psycho-pathologiques. L'étude des symptômes élémentaires, l'analyse des fonctions, l'individualisation des complexes symptomatiques sont nécessaires pour le psychiatre. La caractérologie permet de comprendre la signification des symptômes élémentaire, dans l'ensemble de la personnalité. L'auteur rappelle les anomalies constitutionnelles du caractère, quelques formes de schizophrénie, les phases initiales des processus de démence et les degrés les plus légers de sous-évolution de la personnalité. Il est possible d'introduire des critères anthropologiques dans les analyses caractérologiques, mais seulement sur un plan individuel concret. Des généralisations plus larges, d'ordre philosophique, sont en dehors du domaine de la psychiatrie. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude psychopathologique de l'expérience schizophrénique de fin du monde (Contributo allo studio psicopatologico dell' esperienza schizofrenica di fine del mondo), par Bruno Callieri (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16e année, fasc. 4-5, juillet-octobre 1955, p. 379-407).

L'auteur, qui avait déjà envisagé le problème des expériences schizophréniques de fin du monde, s'occupe dans le présent mémoire des aspects culturels et anthropo-existentiels de ces phénomènes. A l'aide d'une première observation, il étudie la question de l'incompréhensibilité de la conscience primaire de signification et distingue deux moments phénoménologiques : l'intention et l'accomplissement de la signification. L'altération primaire ne montre pas de différences de structure actuelle et peut être rattachée à l'Erlebnis symbolique. Il est nécessaire de montrer des corrélations possibles entre cette symbolique et les interprétations anthropo-existentielles. Le second cas permet d'envisager, du point de vue de la Gestaltpsychologie, l'importance des propriétés essentielles de la perception. Il est possible de remarquer les difficultés posées par l'importante question du rapport entre conscience symbolique et modifications des propriétés essentielles de la perception. Il faut envisager la perception délirante, phénoménologiquement et gestaltiquement, d'une façon sélective plus complète et moins objectivante que ne l'a fait la psychopathologie classique. L'analyse de l'expérience schizophrénique de fin du monde doit être entreprise sur ce plan. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le délinquant épileptique de Lombroso et les doctrines modernes constitutionnalistes, psychodynamiques et neurophysiologiques (El delincuente epiléptico de Lombroso y las modernas doctrinas constitucionalistas, psicodinámicas, y neurofisiológicas), par Juan Dalma (de Tucumán). (*Rivista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*, t. 2, n° 2, avril-juin 1955, p. 144-152).

La doctrine lombrosienne de la délinquance, considérée comme un phénomène de régression atavique et comme une manifestation d'épilepsie latente, se montre confirmée par certains travaux modernes. Ce sont d'abord les recherches de Kretschmer, Enke, sur les rapports agressifs. D'autre part,

les psychanalystes admettent la relation entre crise épileptique et libido, mal comitial et sado-masochisme. Enfin, les données électro-encéphalographiques sur l'épilepsie temporale ont trouvé des applications dans le domaine médico-légal. L'extirpation partielle de la partie rhinencéphalique du lobe temporal chez l'animal a pu amener la disparition de tendances agressives. De tous ces travaux se déduit le lien entre épilepsie, instinct agressif et délit. Il faut étudier plus complètement le fait unitaire de base. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude d'un groupe d'adeptes d'une secte religieuse. II. Etude psychométrique, par J. Delay, P. Pichot, R. Sadoun et P. Perse. (*L'encéphale*, t. 44, n° 3, 1955, p. 254-265).

Vingt-cinq membres de l'église chrétienne universelle, antérieurement étudiés cliniquement, ont été soumis à des explorations psychométriques. Les épreuves suivantes furent employées : 1) tests d'intelligence : test de vocabulaire de Binois et Pichot ; Army Bêta Test, révision de E. E. Kellog et N. W. Norton, adaptation « Examen Bêta révisé » ; 2) tests de personnalité : inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota ; 3) tests d'attitude et de personnalité liés à l'attitude sociale : échelle de dogmatisme de Rokeach, échelle de rigidité de H. G. Gough, échelle de rigidité de R. D. Nigniewitzky, échelle d'intolérance à l'ambiguïté de R. D. Nigniewitzky, California F. Scale. Le groupe de contrôle comprenait 25 étudiants de médecine de 5e année. Les témoins du Christ examinés étaient d'un niveau intellectuel moyen ou supérieur, sans profils pathologiques habituels au Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Dans quelques cas, cependant, apparaissait une tendance au déséquilibre. Il y a rigidité très marquée envers soi-même, attitude de défense contre ses propres faiblesses psychologiques, augmentation de la tolérance à l'ambiguïté. La rigidité et la défense contre ses propres faiblesses psychologiques sont constituées très tôt. Il y aurait peut-être une certaine constellation psychologique permettant aux sujets d'éprouver une vraie révélation en face d'une doctrine qui fournit un support et une justification à leurs tendances et à leurs attitudes.

V.-J. Durand.

La vieillesse des schizophrènes (La vecchiaia degli schizofrenici), par Mario Barucci (de Florence). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 341-349).

L'auteur rapporte les données nécroscopiques de 204 schizophrènes décédés après 60 ans, s'arrêtant particulièrement aux lésions cérébrales, involutives, séniles et artério-scléreuses. Une comparaison est faite avec la fréquence de ces lésions chez des sujets non schizophrènes. Dans l'ensemble, l'artériosclérose et la sénilité paraissent pouvoir compliquer souvent la schizophrénie.

V.-J. Durand.

Etat mental et psychisme dans la maladie de Hurler (gargoylisme), par P. Liessens (d'Anvers). (*L'encéphale*, t. 44, n° 3, 1955, p. 230-238).

Le déficit intellectuel et psychique est très variable dans la maladie de Hurler. Les cas précoces sont généralement marqués par une idiotie pro-

fonde. Ceux commençant plus tard, après 3 ans, peuvent être compatibles avec un développement psycho-moteur normal. Quand l'affection évolue, une démence organique apparaît et s'accentue. Il y a quelques formes à début très tardif, présentant un état mental sensiblement normal. L'auteur rapporte trois cas de gargoylisme et un de maladie de Morquio. Le diagnostic peut être difficile entre cette dernière et le gargoylisme.

V.-J. Durand.

Hystérie et kleptomanie, par Jean Delay, Jean-François Buisson et Michel Henne. (*L'encéphale,* t. 44, n° 3, 1955, p. 239-253).

Après un rappel historique des discussions soulevées par le problème de la kleptomanie, les auteurs décrivent une observation de voleuse de grands magasins. La malade, âgée maintenant de 64 ans, avait commis son premier vol à 25 ans. Il fut possible de retrouver une hérédité chargée, mais surtout de noter des traits hystériques. D'autre part, les vols de linge représentaient pour cette malade une véritable compensation libidineuse. La syphilis retrouvée tardivement, l'appoint éthylique, ont pu jouer un rôle d'appoint. Un premier internement semble avoir agi comme une sanction intimidante. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations anatomo-cliniques sur la polydystrophie de Hurler (gargoylisme). A propos d'un cas, par Julien Marie, L. Marchand, J. Borel, J. Laroche et J.-F. Poncin. (*L'encéphale,* t. 44, n° 3, 1955, p. 201-229).

Décrit en 1919 par Gertrud Hurler, le gargoylisme est un syndrome constitué par les signes suivants : oligophrénie, nanisme, difformité des membres, cyphose, hépatomégalie, splénomégalie, opacité cornéenne. Le terme de gargoylisme fut proposé en 1936 par Tuthill, Ellis, Shelden et Capon. Les auteurs font un historique de la question, montrant combien la place de l'affection par rapport aux autres lipoïdoses est encore à préciser. Ils présentent ensuite une observation complète avec étude anatomique de l'encéphale d'un enfant mort à 11 ans et dont les premiers signes remontaient à cinq mois. Il y avait dégénérescence lipoïdique diffuse des éléments cellulaires de l'encéphale. Si la maladie de Niemann-Pick est une affection primitive du mésoderme, si l'idiotie amaurotique est une maladie primitive du neuroderme, dans le gargoylisme, il y a trouble général du métabolisme cellulaire intéressant les deux feuillets embryonnaires avec atteinte prédominante du système nerveux. La lésion utriculaire lipoïdique de la cellule nerveuse relie le gargoylisme aux autres lipoïdoses. Il s'agit d'une dégénérescence cellulaire dysbiotrophique par tare originelle du germe. Douze figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Le problème de la conscience dans les hallucinations des schizophrènes (Il problema della coscienza nelle allucinazioni degli schizofrenici), par Gaetano Benedetti (de Zürich). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria,* 16e année, fasc. 3, mai-juin 1955, p. 287-312).

Le présent travail est consacré à l'étude de la psychothérapie, poursuivie pendant deux ans, d'un cas grave de schizophrénie chronique. Les traite-

ments somatiques avaient échoué. Dans cette observation, on peut noter que la scission de la conscience du malade, caractéristique de la schizophrénie est, au fond, une scission dans la conscience morale s'exprimant sous forme d'hallucinations. Elle a son origine dans le domaine de la responsabilité humaine et dans un manque de sollicitude du prochain. La schizophrénie, dans cette perspective, devient l'expression d'un trouble déficitaire dans les rapports humains et dans la responsabilité sociale. L'auteur montre bien combien est souvent difficile, longue, parfois dangereuse, cette psychothérapie des schizophrènes. Les réactions du malade peuvent se déclencher contre son médecin. Les persécuteurs se polarisent autour de celui-ci. Le thérapeute, aux yeux du schizophrène, est pour un temps, considéré comme le persécuteur principal.

V.-J. Durand.

Encéphalopathie de Wernicke apparue après transfusion du sang chez des sujets atteints de maladies chroniques de l'estomac (Encefalopatia di Wernicke insorta dopo trasfusione di sangue in soggetti affetti da malattie croniche di stomaco), par Giorgio Macchi (de Parme). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 2, avril-juin 1955, p. 199-212).

L'auteur rapporte deux cas d'encéphalopathie de Wernicke apparus après transfusion du sang chez deux malades gravement affaiblis, atteints, l'un de maladie ulcéreuse, l'autre de cancer de l'estomac. On peut discuter l'importance prise par l'affection gastrique et par la transfusion dans la pathogénie de l'encéphalopathie. Celle-ci, dans l'un des cas, a été vérifiée par l'examen anatomo-histologique. Cinq planches en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La psychothérapie individuelle, de groupe, d'ambiance. Possibilité d'application dans les hôpitaux psychiatriques (la psicoterapia individuale, di gruppo, d'ambiente. Possibilità di attuazione negli ospedali psichiatrici), par Rodolfo Belsanti (de Lecce). (*L'ospedale psichiatrico*, 22e année, fasc. 4, octobre-décembre 1954, p. 355-373).

Après avoir examiné les différentes variétés de psychothérapie, l'auteur montre la nécessité d'instituer un intense traitement de cet ordre, surtout sous forme de psychothérapie de groupe, dans les hôpitaux psychiatriques. Cette nécessité se fait encore plus sentir dans les formes chroniques des maladies mentales, où elle constitue l'unique remède vraiment efficace. Pour permettre la réalisation convenable de cette psychothérapie de groupe et d'ambiance, diverses améliorations sont à obtenir dans l'organisation des hôpitaux psychiatriques.

V.-J. Durand.

Les réflexes cardio-vasculaires par stimulation lumineuse rétinienne chez les malades mentaux (I riflessi cardiovascolari da stimolazione luminosa retinica nei malati di mente), par Silvano Parigi et Carlo Alberto Nuti (d'Arezzo). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 2, avril-juin 1955, p. 183-197).

Les auteurs ont recherché les réflexes cardio-vasculaires par stimulation lumineuse rétinienne, évalués par les variations de la pression artérielle,

de la fréquence et de l'amplitude du pouls chez 25 dysthymiques, 24 schizophrènes et 24 oligophrènes. On a pu mettre en évidence une différence sur l'apparition de ces variations, ces dernières étant plus marquées et plus fréquentes chez les dysthymiques, plus rares chez les schizophrènes. Les oligophrènes, pour leur part, occupent une position intermédiaire. Se basant sur les données anatomo-histologiques et expérimentales, selon lesquelles le stimulus à travers les connexions optico-hypothalamiques, atteindrait le diencéphale, les auteurs pensent que, de la réaction différente de celui-ci peuvent dépendre les différences dans les réponses enregistrées.

V.-J. Durand.

Aspects neuro-physiologiques de la conduite (Aspectos neurofisiologicos de la conducta), par J. Caral et E. Gónzalez. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 3, septembre 1955, p. 215-218).

En ce qui concerne les relations entre conduite et fonctions nerveuses, certaines questions sont essentielles : la lésion anatomique cérébrale peut se manifester par des troubles de la conduite ; certains de ces troubles coïncident avec une altération bioélectrique avec ou sans lésion anatomique ; la lésion accidentelle ou intentionnelle de zones déterminées du cerveau peut entraîner une modification de la conduite. Evoquant les problèmes de l'épilepsie, les auteurs s'arrêtent plus longuement à ceux des lobotomies. Ils rappellent les arguments des partisans de la leucotomie sélective. Les résultats de ces opérations, comme ceux de la neuro-physiologie, montrent que l'intégrité encéphalique est une condition d'une conduite normale.

V.-J. Durand.

L'inconscient collectif comme il se manifeste dans les psychoses (The collective unconscious as manifested in psychosis), par Edward F. Edinger (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 4, octobre 1955, p. 624-629).

La théorie de l'inconscient collectif de C. G. Jùng est rapidement décrite. Ses applications à l'étude des phénomènes psychotiques sont rappelées. Les archétypes de l'inconscient collectif sont considérés comme des « patterns » instinctifs du comportement, qui peuvent révéler leurs thèmes dans la mythologie, la religion, le rêve, le délire. L'apparition d'images d'archétypes doit être considérée comme très significative si elle est rapportée au monde psychique intérieur. Si, au contraire, ils sont confondus avec le monde extérieur de la réalité, les archétypes deviennent le contenu de délires. Trois observations sont rapportées à titre d'exemples.

V.-J. Durand.

Sur la leucotomie, par Barahona Fernandes. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 39-42).

La leucotomie agit sur le psychisme des malades opérés par le mécanisme de la syntonisation régressive. La conduite est modifiée, permettant de nouvelles possibilités d'adaptation. Vis-à-vis du monde extérieur, les malades changent d'attitude. L'angoisse disparaît. Les techniques de leucotomie sélec-

tive visent à éviter au maximum les phénomènes de déficit, tout en obtenant les mêmes modifications utiles. L'acte opératoire, d'ailleurs, n'est qu'une première étape pour les autres thérapeutiques, psychologiques et biologiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des altérations électro-encéphalographiques chez les traumatisés craniens (Contributo allo studio delle alterazioni E. E. G. nei traumatizzati cranici), par L. Rondinella et R. Buffardi (d'Aversa). (*Il cervello*, 31e année, n° 5, 15 septembre 1955, p. 339-350).

Etudiant 25 traumatisés du crâne, soit quelques jours après l'accident, soit au bout de plusieurs mois ou années, les auteurs ont trouvé, à l'électro-encéphalogramme, des altérations au premier examen dans 12 % des cas ; chez 20 % d'autres malades, les manœuvres d'activation étaient nécessaires pour déceler les perturbations du tracé. Un premier examen négatif ne peut pas autoriser à nier l'authenticité des symptômes subjectifs. Il faut, autant que possible, pratiquer plusieurs enregistrements successifs. Six figures (tracés).

V.-J. Durand.

Etude des formes abrégées du test de Rorschach en neuro-psychiatrie quotidienne, par M. Schachter (de Marseille). (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 26-38).

L'auteur montre l'intérêt de certaines formes abrégées du test de Rorschach, quand il faut soumettre fréquemment les malades à ces examens psychologiques. Il envisage : le test Z de H. Zulliger, la forme abrégée de Valentine qui utilise quatre planches (I, II, VI et X) du Rorschach classique, la tache d'encre de H. Dörken Jr, faite par le sujet lui-même, et enfin, une méthode personnelle, le « triple-test-contrôle Z-Ro-Be », comprenant l'administration, au cours de la même séance, des trois planches du test Z, des planches I, III et VIII du Rorschach et de celles du Behn portant les mêmes numéros. Quelques exemples sont rapportés. Il serait, d'ailleurs, possible d'adjoindre une quatrième épreuve : planches I, III et XI du test de Howard (Howard Ink Blot Test).

V.-J. Durand.

Les séquelles des méningites tuberculeuses, par D. Furtado (de Lisbonne). (*Médecine et hygiène*, Genève, n° 290, 10 avril 1955, p. 135-136).

Les méthodes actuelles de traitement des méningites tuberculeuses laissent parfois subsister, après la maladie, diverses séquelles. Anatomo-pathologiquement, elles viennent de trois phénomènes : compression des structures nerveuses par l'exsudat tuberculeux organisé, organisation productive de l'exsudat méningé épendymaire, angiopathie diffuse avec thrombose vasculaire et ramollissement nerveux possible. Cliniquement, les formes sont variées : méningite adhésive spinale, susceptible de guérison ; méningite adhésive sous-occipitale, dont l'auteur rapporte un cas mortel ; arachnoïdite opto-chiasmatique ; syndromes hypothalamo-hypophysaires : obésité simple, syndromes de Babinski-Fröhlich, de Cushing, de Simmonds ; troubles

métaboliques : diabète insipide, ostéoporose ; hydrocéphalies ordinairement graves ; méningites tuberculeuses localisées ; épilepsie par méningite tuberculeuse traitée ; angiopathie ; troubles mentaux dont l'aspect le plus sérieux est l'oligophrénie post-méningitique ; parfois troubles du caractère, du sommeil, syndrome psycho-organique à la phase aiguë. A une période plus avancée, on peut observer : syndrome de Korsakoff, psycho-syndrome diencéphalique, syndrome psychique de type frontal. L'électro-encéphalogramme, la cisternographie et l'électrophorèse constituent, après l'examen du liquide céphalo-rachidien, les auxiliaires les plus importants pour le diagnostic. L'étude des séquelles des méningites tuberculeuses traitées nécessite un travail d'équipe, qui peut permettre d'en préciser les modalités.

V.-J. Durand.

Dessins et aquarelles d'épileptiques et d'oligophrènes (Desenhos e aguarelas de epilepticos e oligofrenicos), par João dos Santos, M. Lourdes Campos et M. Celeste Farinha. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 142-150).

Mille dessins et aquarelles produits par 55 enfants oligophrènes et épileptiques ont été étudiés. Les auteurs distinguent les thèmes suivants pour ces productions libres et spontanées : 1) figures humaines, 2) animaux, 3) maisons, 4) fleurs, 5) machines, 6) véhicules, 7) bateaux. Dans l'ensemble, les oligophrènes s'intéressent plutôt aux thèmes 1, 2, 3, 4 et 7, tandis que les épileptiques préfèrent les thèmes 5 et 6. D'autre part, les productions des oligophrènes sont surtout expressionistes, celles des épileptiques, généralement formalistes.

V.-J. Durand.

Jung et Freud (Jung and Freud), par Robert A. Clark (de Philadelphie). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 4, octobre 1955, p. 605-611).

A l'occasion du 80e anniversaire de C. J. Jung, l'auteur retrace l'histoire de sa formation scientifique auprès d'Eugène Bleuler, sa collaboration avec Freud, puis sa séparation d'avec ce dernier pour créer une école psychanalytique indépendante.

V.-J. Durand.

Commentaires sur un syndrome d'hypotension cérébrale post-traumatique (Comentarios sobre un sindrome de hipotension cerebral post-traumatico), par Q. Bachs. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 3, septembre 1955, p. 234-235).

Dans un cas d'hypotension cérébrale post-traumatique, avec accident de motocyclette et pour lequel le syndrome clinique faisait penser à un hématome sous-dural, deux trous de trépan dans les régions pariétales montrent, à l'ouverture de la dure-mère, que celle-ci est séparée du cerveau. Un traitement de réhydratation améliore rapidement le blessé. Pour la thérapeutique, l'auteur préfère les voies sous-cutanée ou intra-veineuse à la voie intra-ventriculaire.

V.-J. Durand.

Études et observations sur la thérapeutique occupationnelle chez les malades mentaux aigus (Estudos e observaçoes sôbre a terapéutica ocupacional em doentes mentais agudos), par Suliano Filho. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 2, 1955, p. 156-189).

Rappelant les études d'Hermann Simon sur la thérapeutique occupationnelle, l'auteur montre que celui-ci avait prouvé qu'aucun malade, même agité ou incohérent, n'est absolument réfractaire à cette méthode. Il y a une occupation adéquate pour tous les types de malades mentaux, y compris les déments profonds. A l'inverse, beaucoup de sujets susceptibles de récupération et de progrès par la thérapeutique occupationnelle, sont voués à la démence si les autres traitements ont échoué et si ces malades sont livrés à eux-mêmes. Il est possible d'appliquer une thérapeutique rationnelle par le travail. Même avec des moyens réduits et, en utilisant les services psychiatriques actuels, il est permis de mettre sur pied une praxithérapie progressive, hiérarchisée, qui peut s'appliquer même aux malades aigus. A ce propos, sont évoqués quelques problèmes spécialement propres au Brésil, avec institution de cours d'enseignement général pour lutter contre l'analphabétisme. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur l'art des aliénés et des artistes modernes (Considerações sôbre a arte dos alienados e dos artistas modernos), par Paulo Fraletti. (*Arquivos do departamento de Assistencia a psicopatas do Estado de São-Paulo*, vol. 20, n° 3-4, juillet-décembre 1954, p. 139-173).

S'appuyant sur une révision de la littérature, ainsi que sur l'étude de quelques observations personnelles, l'auteur retrace l'évolution des conceptions sur l'art des aliénés et, parallèlement, sur l'état actuel des tendances esthétiques. Il montre les rapprochements possibles entre art pathologique et art moderne. Le développement de la psychanalyse a permis d'expliquer beaucoup de caractéristiques des compositions plastiques issues des époques modernes ou élaborées par des malades mentaux. L'art des aliénés ne doit pas être considéré comme une production inutile, mais comme une expression humaine, profondément psychologique. Quant à l'art moderne, il est le résultat de l'angoisse des grands initiés : poètes, peintres et sculpteurs. Ce n'est pas un signe de dégénérescence ou de décadence, mais une conséquence fatale du choc de deux cultures, qui peut modifier le cours de l'histoire et le destin de la société. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La validité des diagnostics psychiatriques (The validity of psychiatric diagnostics), par Joshua Bierer (de Londres). (*The international journal of social psychiatry*, vol. 1, n° 1, été 1955, p. 22-30).

Les diagnostics psychiatriques actuels apparaissent à l'auteur d'une validité souvent douteuse. Ils peuvent d'ailleurs se montrer néfastes, s'ils semblent impliquer un pronostic d'incurabilité. Le diagnostic peut entraîner certaines mesures médicales défavorables qui aggravent la situation. A l'aide

de quelques exemples, est montré l'intérêt d'un nouveau syndrome appelé par l'auteur : « Emotional Immaturity masculine protest syndrome » (E.I.M.P.S.). Il correspond à des facteurs constitutionnels et physiques, socio-culturels et psycho-pathologiques. Il manque chez les schizophrènes. L'auteur pense que la psychiatrie sociale sera basée, non sur un diagnostic symptomatologique ou dynamique, mais sur un grand nombre de syndromes fondés sur des facteurs institutionnels, socio-culturels et psycho-pathologiques.

V.-J. Durand.

Criminels habituels (Criminelos habituais), par Nelson Hungria (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 2, 1955, p. 117-134).

L'auteur cherche à délimiter et à préciser le concept de criminel habituel, ainsi que celui de l'état dangereux. Ce dernier apparaît caractérisé par la marque de l'habitude dans la conduite délictueuse, comme résultat d'un automatisme psychique spécial. Sont ensuite discutés les divers critères de ce caractère habituel, pouvant résulter de facteurs congénitaux, acquis, professionnels, psychopathiques. Il faut penser, pour l'auteur, que ce type d'état délinquant dépend surtout de facteurs mésologiques. Comme conséquence des nouvelles acquisitions du droit pénal, la théorie du correctionnalisme a fait place à la conception et à la patique des mesures de sûreté. L'auteur discute les résultats de la réadaptation, de la rééducation, de la « guérison sociale », de la réhabilitation des criminels habituels avec les différents critères au sujet des mesures correctives. Mais la pédagogie pénale, corrective, psychagogique ou occupationnelle, doit être individuelle, adaptée aux nécessités de chaque sujet, suivant les normes du droit criminel moderne. La qualité des résultats des peines et des mesures de sûreté devra être jugée par des techniciens ou des médecins jusqu'au moment où les effets des deux types de mesures pourront être évalués sous l'aspect de la resocialisation. La durée du traitement pénal ou rééducatif sera conditionnée par la persistance de l'état dangereux des criminels habituels.

V.-J. Durand.

Le bien-être mental des malades à l'hôpital (Il benessere mentale degli ammalati nell'ospedale), par Fr. Agostino Gemelli, O.F.M. (*Rivista internazionale di scienze sociali*, 63e année, fasc. 4, juillet-août 1955, un extrait de seize pages).

Le séjour du malade à l'hôpital amène de nombreuses répercussions psychologiques. Celles-ci sont étudiées ici, ainsi que les modalités des rapports entre malades, entre malades et personnel, entre malades et médecins. Il faut que l'hôpital préserve au maximum la personne morale du malade, sa dignité, sa pudeur. Pour cela, l'organisation matérielle ne suffit pas. Il faut que tous ceux qui sont au service des hospitalisés se montrent animés du même esprit. Quelques faits, quelques exemples sont cités. Certains problèmes thérapeutiques sont évoqués : interventions chirurgicales, traitement de choc, lobotomies.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude clinique de la démence présénile Maladie d'Alzheimer, par Lionel-H. Lemieux, Conrad Drolet et Jacques Turmel (*Laval médical*, Québec, vol. 20, n° 6, juin 1955, un extrait de douze pages).

Les auteurs rapportent quatre observations de maladie d'Alzheimer, dont deux avec vérification anatomique. La pneumo-encéphalographie et l'électro-encéphalographie furent pratiquées chez ces quatre malades. Le début s'est fait par des troubles de la mémoire ; puis apparurent des symptômes d'affaiblissement démentiel global à aggravation rapide, associés à un syndrome neurologique d'hypertonie sans paralysie. A propos de ces observations, les auteurs rappellent quelques connaissances classiques sur la maladie d'Alzheimer.

V.-J. Durand.

Hyperinsulinisme et troubles neuro-psychiatriques, par Jacques Grenier, Georges-Henri Larue et L.-Marcel Gervais. (*Laval médical*, Québec, vol. 20, n° 5, mai 1955, un extrait de quatorze pages).

Un malade de 64 ans est conduit à l'hôpital pour des troubles du caractère et du comportement, accompagnés de pertes de connaissance. Ce n'est qu'après plusieurs hésitations que le diagnostic exact fut posé. A propos de cette observation, les auteurs font divers commentaires sur le mécanisme d'action de l'hypoglycémie en pathologie nerveuse et mentale. Certains ont attribué à l'insuline un effet toxique direct sur le parenchyme cérébral quand la glycémie est basse. Pour d'autres, l'hypoglycémie et les troubles de l'équilibre électrolytique associés peuvent amener des changements histologiques des cellules nerveuses. L'étiologie de l'hyperinsulinisme fonctionnel est encore très discutée. Parmi les causes invoquées, il faut citer : causes habituelles du diabète, pancréatite, avitaminose, tendances familiales, dérèglement émotionnel. Dans le cas du malade observé, l'ascension progressive de la glycémie a fait disparaître les troubles du caractère et renaître la bonne humeur.

V.-J. Durand.

Réflexion à propos d'un cas de schizophrénie avec rituels particuliers (Riflessioni a proposito di un caso di schizofrenia con particolari rituali), par Giorgio Sacerdoti (de Venise). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 301-310).

L'auteur expose un cas de schizophrénie dans lequel il était possible d'observer, au bout de plusieurs années d'évolution, en même temps qu'une certaine amélioration, des rituels complexes stéréotypés. Se basant sur une étude de la littérature, est entreprise une discussion sur la signification de ces symptômes. Il faut noter la difficulté à les faire entrer dans la conception classique des stéréotypies. Peut-être une interprétation de type téléologique se montrerait-elle préférable. L'étude phénoménologique de ces troubles peut se révéler utile, mais sa portée est cependant limitée.

V.-J. Durand.

La névrose des téléphonistes, par MM. Leguillant-Rollons, Begouin, Béquart, Mme Hanser et Lebreton. (*Presse médicale,* n° 13 du 15 février 1956).

Poursuivant une étude sur l'influence des conditions de vie et de travail sur la santé, les auteurs étudient le cas de standardistes des centraux téléphoniques parisiens.

Ils découvrent chez elles un syndrome général de fatigue nerveuse, qui aboutit à la « névrose des téléphonistes » ainsi caractérisée : syndrome commun d'asthénie nerveuse, troubles de l'humeur et du caractère, troubles du sommeil, troubles somatiques (céphalées, anorexie fréquente, dysménorrhée). On se trouve là devant un syndrome ressemblant en presque totalité au syndrome subjectif des commotionnés.

S'agit-il, comme le pensent les auteurs, d'états se rapprochant des névroses expérimentales que Pavlov provoquait chez l'animal ? La comparaison est intéressante mais incertaine. Ne s'agit-il pas plutôt d'une psychasthénie consécutive aux bruits divers, à la rapidité d'exécution, aux alternances d'hypertension et de dispersion de l'attention, à l'impossibilité d'une relaxation suffisante ?

Dans tous les cas, il s'agit incontestablement d'un épuisement nerveux dû à la fatigue particulière créée par cette profession.

Paul Abély.

NEUROLOGIE

Les altérations cranio-cérébrales chez les boxeurs amateurs (Le alterazioni cranio-cerebrali nei pugili dilettanti), par Renzo Ardito (de Pise). (*Rivista di neurobiologia,* Pérouse, vol. 1, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 79-105).

S'appuyant sur des données cliniques, radiographiques et électro-encéphalographiques, l'auteur a étudié un groupe de boxeurs amateurs ayant subi au moins deux ans d'entraînement. Il a pu mettre en évidence des signes légers, mais constants, d'atteinte du système nerveux central et des os du crâne. Une activité pugilistique même modérée produit, après un délai assez bref, une cranio-encéphalopathie appréciable. C'est pourquoi il conseille de soumettre les boxeurs à des examens périodiques avec radiographies et électro-encéphalogrammes, pour les garantir contre des lésions irréversibles. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur un cas d'hématome sous-dural (Considerazioni sopra un caso di ematoma sub-durale), par Pasquale Boncompagni et Enzo Nucci (d'Arezzo). (*Rivista di neurobiologia,* Pérouse, vol. 1, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 145-154).

Les auteurs rapportent un cas d'hématome sous-dural chez un enfant de 9 ans. Ils admettent, dans l'ensemble, la conception dualiste qui sépare l'hématome sous-dural de la pachy-méningite interne hémorragique. Dans l'observation présentée, le facteur familial intervient nettement La base

indispensable prédisposant à l'établissement d'un hématome sous-dural proprement dit, est constituée par un état dysplasique vasculaire appelé angiopsatyrose. Les éléments traumatiques sont des causes adjuvantes. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur un gliome angioplastique du lobe pariétal gauche avec syndrome apraxo-agrapho-alexique. (Su un glioma angioplastico del lobo parietale sinistro con sindrome aprassico-agrafico-alessica), par Giovanni Carrieri (de Bari). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 74-94).

L'auteur décrit un cas de gliome angioplastique du lobe pariétal gauche, intéressant par la présence de troubles apraxiques, agraphiques et alexiques. Il étudie ensuite l'aspect histologique et les modalités de développement par « apposition ». Il pense nécessaire de séparer cette variété de tumeurs des autres types de gliomes à cause d'une formule histologique spéciale et d'une symptomatologie particulière. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'aphasie de conduction (Leitungsaphasie), par H. Hécaen, M.-B. Dell et A. Roger (de Paris). (*L'encéphale*, t. 44, 1955, n° 2, p. 170-195).

Les auteurs décrivent une observation clinique d'aphasie, dont les caractères permettent de faire porter le diagnostic d'aphasie de conduction. Rappelant la divergence des opinions exprimées au sujet de cette variété des troubles du langage, ils en étudient le mécanisme, puis rapportent une autre observation pour laquelle existaient des constatations opératoires : ablation de la zone postérieure des circonvolutions temporales externes gauches et d'une partie du pli courbe. Il y a troubles du langage intérieur avec perte des possibilités de reproduction des séquences temporelles par incapacité de saisir cette succession. La faculté d'abstraction est souvent abolie. Cette forme d'aphasie correspondrait à une lésion du gyrus supra-marginalis, du pli courbe et de la partie postérieure de la deuxième circonvolution temporale ; parfois il y a atteinte minime du gyrus de Heschl. L'opinion de Goldstein en faveur d'une lésion du lobe de l'insula apparaît erronée. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude psychologique d'un cas de dystrophie musculaire progressive (Estudo psicológico de um caso de distrofia muscular progressiva), par Jelmdith Shaltiel. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 1, 1955, p. 5-36).

Quatre frères, de bas niveau social et culturel, souffrant de diverses variétés de dystrophie musculaire progressive, sont étudiés psychologiquement. Les tests (Wechsler-Bellevue, Mira y Lopez principalement) montrent : débilité mentale, immaturité, détérioration psychique, inhibition, bradypsychie, agressivité, traits schizophréniques, dysrythmie. Il semble que la dysrythmie puisse être attribuée au rôle de la maladie de Friedreich. Des symptômes d'allure schizophrénique ont été retrouvés chez la mère des enfants. Il faut noter que ceux-ci étaient de type leptosome. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Crises de l'aire motrice supplémentaire (Crisis del area motriz suplementaria), par C. Perez Borja. (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas,* Quito, 2e époque, vol. 2, n° 8, octobre-décembre 1954, p. 493-501).

L'auteur décrit deux cas de crises de l'aire motrice supplémentaire : le premier avec mouvements posturaux, déviation faciale, clonies palpébrales, aphasie ; le second avec sensations et mouvements tonico-posturaux, position spéciale de la main rappelant le réflexe de préhension. Sont montrées les difficultés du diagnostic de semblables signes, en particulier avec les crises somato-motrices jacksoniennes.

V.-J. Durand.

Traitement du traumatisme cranio-encéphalique aigu (Tratamiento del traumatismo encefalo-craneano agudo), par Gustavo Endara C. et Juan A. Seggiaro. (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas, Quito,* 2e époque, vol. 2, n° 8, octobre-décembre 1954, p. 479-492).

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer les traumatismes cranio-encéphaliques ouverts des traumatismes fermés. Dans les premiers, l'essentiel est l'hémostase et le nettoyage chirurgical de la plaie. L'infection domine le pronostic. Dans les seconds, il faut séparer : commotion cérébrale, à traitement médical, luttant contre le choc ; contusion cérébrale où il faut combattre le choc ; puis méthodes variables suivant les symptômes : traitement de l'hypertension intracranienne, hibernation, opération en cas d'hématomes juxta-duraux. Les signes caractéristiques, les résultats des examens complémentaires nécessaires sont rappelés. Deux figures.

V.-J. Durand.

Les tumeurs vasculaires de l'encéphale (Los tumores vasculares del encéfalo), par Juan Antonio Saggiaro. (*Revista chilena de neuro-psiquiatria,* t. 3, n° 2, décembre 1954, p. 307-327).

A propos d'une série de 32 cas de tumeurs vasculaires de l'encéphale, l'auteur décrit successivement : *a*) les hémangioblastomes (18 cas) ; *b*) les méningiomes angioblastiques sus-tentoriels (10 cas) ; *c*) les malformations vasculaires (4 cas). Pour les deux premiers types de tumeur, sont rappelés l'anatomie pathologique, la symptomatologie, les résultats des examens complémentaires, le traitement, ce dernier particulièrement délicat. Dans l'ensemble, les observations de l'auteur confirment les données classiques de la littérature. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des manifestations médullaires dans la spondylarthrose cervicale (Contributo allo studio delle manifestazioni midollari nella spondiloartrosi cervicale), par A. Della Beffer et R. Donati (de Milan). (*Il cervello,* 31e année, n° 3, 15 mai 1955, p. 163-186).

A propos d'une observation personnelle, les auteurs font une révision de la littérature sur les complications neurologiques dans la spondylarthrose cervicale. Ils pensent que la pathologie du rachis cervical ne doit pas être

limitée à la discopathie compressive, mais qu'il faut admettre, parmi les causes déterminantes, également le processus arthrosique vertébral. Celui-ci serait apte à conditionner l'intervention d'autres facteurs morbigènes parmi lesquels les plus importants seraient l'arachnoïdite adhésive et une atteinte vasculaire dégénérative. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

La prophylaxie de la poliomyélite par les virus-vaccins, par P. Rentchnick. (*Médecine et hygiène*, Genève, 13e année, n° 291, 20 avril 1955, p. 149-150, et n° 292, 30 avril 1955, p. 171).

Faisant un historique des méthodes de prophylaxie de la poliomyélite, l'auteur décrit les vaccinations par des virus vivants modifiés, puis celles par des virus inactivés par le formol, enfin par administration de gamma-globulines donnant une protection passive. Rappelant les qualités que doit posséder un vaccin : innocuité absolue, atténuation suffisante, contrôle facile, doses d'antigène assez fortes pour déterminer une infection immunisante convenable, stabilité même dans des conditions extérieures défavorables, l'auteur montre que le vaccin Salk ne semble pas posséder toutes les propriétés requises. On peut conclure : « Le vaccin Salk n'empêche guère l'atteinte nerveuse de la poliomyélite, mais il semble diminuer la gravité des lésions bulbaires, l'importance des séquelles paralytiques et le taux de mortalité. » De nombreux progrès sont encore nécessaires.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance des rapports fonctionnels thalamo-rétiniens (Contribu o alla conoscenza dei rapporti funzionali talamo-retinici, par A. Scoppa et L. de Natale (de Naples). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 187-198).

Des troubles visuels sont souvent associés aux lésions thalamiques. Pour préciser les rapports fonctionnels entre couche optique et rétine, les auteurs ont examiné 21 sujets, étudiant le champ visuel et la tache de Mariotte après injection intra-veineuse d'une substance agissant électivement sur le thalamus (atophanyl). Ils ont noté un rétrécissement concentrique presque constant du champ visuel et un élargissement de la tache aveugle. Ils pensent que le thalamus envoie des impulsions aux cellules ganglionnaires de la rétine. En cas de troubles, il peut y avoir au niveau de ces cellules une altération de la chronaxie avec modification du champ visuel et de la tache de Mariotte. Six figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur l'atrophie musculaire progressive spinale (Sulla atrofia muscolare progressiva spinale), par Luciano Agostini (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 204-236).

L'auteur décrit une observation anatomo-clinique d'atrophie musculaire progressive qui a montré, à l'examen histologique, une atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle, du type de la poliomyélite antérieure chronique. S'appuyant sur une étude de la littérature, il conclut que l'affection a une individualité clinique, mais qu'il convient de la réunir avec

la poliomyélite antérieure chronique sous le titre d'atrophie musculaire progressive, type poliomyélite chronique. La maladie doit être classée dans le chapitre des atrophies systématisées, à côté de la sclérose latérale amyotrophique. Sa pathogénie, rattachée à la conception de la pathoclise de C. et O. Vogt et à la dissolution de Jackson, doit être recherchée dans une sénescence prématurée, qui peut se révéler, soit dans la période d'évolution, soit dans celle d'involution du sujet. Quinze figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Symptômes du système moteur extra-pyramidal dans les tumeurs intracraniennes (Simptomi ostécenja ekstrapiramidnoga motornog sistema Kod intrakranijalnih tumora), par S. Dogan (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 3, n° 1, 1955, p. 25-37).

Les signes moteurs extra-pyramidaux sont rares dans les tumeurs intracraniennes. Quatre cas sont décrits. Dans le premier, avec tremblement de la main gauche, hypomimie, légère rigidité des membres à gauche, il s'agissait d'un astrocytome du lobe temporal droit. Le second cas était dû à un méningiome de l'aile du sphénoïde, le troisième à un glioblastome multiforme du lobe temporal gauche, le dernier enfin, à un gliome malin de la partie postérieure du lobe frontal droit. Les symptômes extra-pyramidaux siègent du côté opposé à la tumeur. Le tremblement est le signe le plus fréquent. Les troubles sont rarement liés à une action directe sur les ganglions de la base. Ils viennent ordinairement d'une compression à distance. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Neurinomes spinaux : observations cliniques et radiologiques (Neurinomi spinali : osservazioni cliniche e radiologiche), par Sandro Sassaroli et M. Teresa Chimenz (de Rome). (*Rivista di neurologia,* vol. 25, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 237-267).

Les auteurs décrivent onze cas contrôlés de neurinomes médullaires, dont ils discutent le tableau clinique et les examens complémentaires (liquide céphalo-rachidien, radiographies du rachis, lipiodol). Ils indiquent que ce type de tumeur, au moins dans sa période de début, peut présenter des petits mouvements dans l'espace arachnoïdien, de la même façon que certaines hernies discales, avec lesquelles il a diverses analogies. Même dans les cas sans altérations radiographiques directes, la myélographie au lipiodol, si elle est réalisée à un stade assez peu avancé, peut permettre de préciser, non seulement le siège, mais aussi le type tumoral. 18 figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Tumeurs cérébrales multiples primitives. Gliome du corps calleux associé à un méningiome de la faux (Tumori cerebrali multipli primitivi. Glioma del corpo calloso associato a meningioma della falce), par Isidoro Tolentino et Vittorio Giammusso (de Rome). (*Rivista di neurologia,* vol. 25, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 95-109).

Chez une femme de 38 ans, les auteurs ont observé l'association d'un gros gliome du corps calleux à extension bilatérale et d'un méningiome de la

faux. L'observation comporte une étude clinique, artériographique, anatomo-pathologique et histologique. Huit cas similaires ont été retrouvés dans la littérature. Passant en revue les diverses hypothèses pathogéniques émises, les auteurs se montrent favorables à l'existence d'une pure coïncidence sans lien causal entre les deux néoplasies. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La paralysie cérébrale infantile (Zerebrale Kinderlahmung), par Herbert Pirker (de Bagdad). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 4, n° 4, décembre 1954, p. 226-237, et t. 5, n° 1, mars 1955, p. 39-53).

L'auteur, dans cette revue générale, cherche à présenter le tableau clinique et le traitement de la paralysie cérébrale infantile. Au point de vue étiologique sont évoqués : les lésions fœtales, le traumatisme de la naissance, les affections de l'enfance ainsi que les traumatismes. L'anatomie pathologique permet de distinguer des lésions localisées du cortex et de la base, des lésions diffuses, des lésions cérébelleuses. Les formes cliniques sont décrites : forme spastique, ataxie, athétose, autres formes avec troubles moteurs, troubles associés. Les problèmes posés par la prophylaxie sont longuement envisagés. Puis sont exposées les méthodes thérapeutiques. Elles comprennent : la réhabilitation systématique, le traitement orthopédique, les procédés chirurgicaux, d'autres techniques parmi lesquelles certains médicaments. La méthode la plus importante est d'ailleurs la réhabilitation systématique avec traitement cinétique, physiothérapique, modifications des métabolismes, psychothérapie, traitement bioclimatique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude des névralgies faciales, par J. Lebascle. (*Maroc médical*, 34e année, n° 360, mai 1955, p. 606-610).

L'auteur rapporte trois observations d'une forme particulière de névralgie faciale. Il s'agit d'algies présentant des caractères cliniques et électriques évoquant des équivalents épileptiques. Les dérivés des hydantoïnes, associés à des composés bromo-calciques, se sont montrés efficaces. Il semble possible de dire qu'une telle variété est à la névralgie essentielle ce que l'épilepsie psycho-motrice temporale est à l'épilepsie idiopathique centrencéphalique. Deux figures.

V.-J. Durand.

Névralgie faciale par tumeur perlée du névraxe, par Q. Masseboeuf (de Casablanca). (*Maroc médical*, 34e année, n° 360, mai 1955, p. 610).

Chez une malade de 50 ans, souffrant depuis cinq ans de névralgie faciale, après échec de divers traitements médicaux, ainsi que de l'alcoolisation, on décide une neurotomie rétro-gassérienne par voie sous-temporale. L'opération permet de découvrir une tumeur perlée, refoulant le nerf trijumeau en avant, moulant la face externe de la protubérance à son union avec sa face antérieure. L'exérèse se fait assez facilement. Elle amène la guérison des douleurs névralgiques.

V.-J. Durand.

Déformations congénitales et maladies mentales (Deformità congenite e malattie mentali), par Guido Indelli (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 350-374).

Rappelant les différentes théories sur l'origine des déformations congénitales, l'auteur décrit cinq observations où sont unies maladies mentales et malformations corporelles. Ces dernières lui apparaissent dues à une altération du système nerveux central, qui peut en même temps, du fait de son siège, exercer une influence dans le domaine psychique. En effet, ce qu'on observe, c'est essentiellement une oligophrénie d'importance variable, ce qui indique un sous-développement des processus psychiques. Parfois, c'est la sphère physique, d'autres fois, c'est le psychisme qui sont atteints seuls. Dans les cas les plus graves, il y a association des deux ordres de manifestations. Neuf figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'électro-encéphalographie dans le diagnostic différentiel des maladies cérébro-vasculaires occlusives (L'elettroencéfalografia nella diagnosi differenziale delle malattie cerebrovascolari occlusive), par Mirko Carreras, Franco Angeleri et Marcello Urbani (de Parme). (*Revista di neurobiologia*, Pérouse, vol. 1, fasc. 2, avril-juin 1955, p. 213-237).

Après avoir exposé les données de la littérature sur les modifications électro-encéphalographiques dans l'occlusion d'une artère cérébrale, les auteurs rapportent les résultats d'une étude faite dans sept cas de thrombose de la carotide au niveau du cou, dans douze d'occlusion de l'artère cérébrale moyenne ou de ses branches et dans deux d'obstruction de l'artère cérébrale antérieure. Un seul électro-encéphalogramme ne suffit pas pour le diagnostic avec les néoformations. L'évolution des troubles est un signe important. Il est parfois possible de reconnaître le siège de la thrombose vasculaire d'après l'électro-encéphalogramme. Mais, il faut savoir que les modalités de la circulation de compensation sont très variables suivant les cas. Neuf figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La mortalité par hémorragie et thrombose cérébrales de 1936 à 1954 : analyse de ses rapports avec les conditions météorologiques (La mortalità per emorragia e trombosi cerebrale dal 1936 al 1954 ; analiˢᵉ dei suoi rapporti con le condizioni meteorologiche), par Lorenzo Stival et Marco Zanchi (de Milan). (*Il cervello*, 31ᵉ année, n° 6, 15 novembre 1955, p. 455-462).

Pendant la période 1936-1954, le nombre des hémorragies et des thromboses cérébrales a représenté 5 % des autopsies pratiquées à l'institut d'anatomie pathologique de Milan. Les deux sexes sont également atteints, l'âge moyen est le même : maximum à 58 ans. Des relations ont pu être notées avec les conditions météorologiques : le plus grand nombre des décès s'est produit pendant les mois les plus froids et les plus humides (janvier et février). La mortalité diminue pendant les mois à climat doux. Le minimum est atteint en été.

V.-J. Durand.

Dystrophie myotonique. Maladie de Steinert (Distrofia miotonica. Enfermedad de Steinert), par Eduardo Brücher Encina. (*Revista chilena de neuro-psiquiatria*, t. 3, n° 3, décembre 1954, p. 438-443).

Après un rappel des notions essentielles relatives à la maladie de Steinert, l'auteur décrit un cas personnel survenu chez un homme de 21 ans, avec aggravation progressive. Il y avait également des modifications métaboliques (amaigrissement important), des troubles psychiques et des actes anti-sociaux.

V.-J. Durand.

Contribution anatomo-clinique à l'étude des thrombo-phlébites cérébrales (Contributo anatomo-clinico allo studio delle tromboflebiti cerebrali), par Paolo Severini et Raffaello Vizioli (de Rome). (*Rivista di neurobiologia*, vol. 1, fasc. 2, avril-juin 1955, p. 265-272).

Un malade de 35 ans présente, après un début à poussées, et en trois jours, une hémiplégie droite avec aphasie. La mort survient cinq jours après les premiers symptômes, au milieu d'un état comateux. L'examen anatomique montre un œdème accentué de la substance cérébrale avec, par places, des foyers de ramollissement, une congestion vasculaire, de petites hémorragies périvasculaires et en nappe, des suffusions hémorragiques parenchymateuses et sous-piales, une thrombose des petits vaisseaux corticaux, l'absence de lésions de type inflammatoire. Les auteurs font une rapide revue de la littérature et montrent l'importance du diagnostic précoce de ces thromboses. Dix figures.

V.-J. Durand.

Epreuves combinées de fonctionnalité hépatique dans le parkinsonisme encéphalitique (Prove combinate di funzionalità epatica nel parkinsonismo encefalitico), par Piero Pappalardo (d'Alessandria) et Baldassare Buffa (de Vercelli). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 467-485).

Pour mieux préciser les conditions fonctionnelles hépatiques dans le parkinsonisme encéphalitique, les auteurs ont étudié les échanges glucidiques, lipidiques et protidiques après charge par voie buccale, la labilité colloïdale, la crase séro-protéique, le métabolisme de la bilirubine, la cholinestérase sérique, la lycozyme sérique. Ces épreuves pratiquées simultanément, pour pouvoir explorer d'une façon synchrone les principales fonctions du foie, ont permis de constater le pourcentage élevé de résultats positifs. En aucun cas, n'a été obtenu un résultat entièrement négatif. Donc, dans le parkinsonisme encéphalitique, les activités fonctionnelles du foie sont troublées, tant par atteinte parenchymateuse et mésenchymateuse que par perturbation extra-hépatique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les chordomes du clivus (I cordomi del clivus), par Salvatore Mingrino (de Catane). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 439-455).

Après rappel des notions essentielles sur les chordomes du clivus, l'auteur rapporte une observation personnelle. Il s'agit d'un garçon de 15 ans, qui

présenta à 13 ans un strabisme convergent par paralysie du muscle droit externe gauche, puis des céphalées en crises, des acouphènes, une perte progressive de l'audition, des troubles de la déglutition et de la phonation. Un épisode fébrile était survenu peu avant l'examen. Celui-ci montra : hypoesthésie de l'hémisphère gauche, paralysie du moteur oculaire externe gauche, légère insuffisance du nerf facial inférieur gauche, hypoacousie bilatérale, syndrome cérébelleux, dyslalie, dysphagie, signes pyramidaux droits, incontinence sphinctérienne, papille de stase. A la carotidographie apparaissait une déviation latérale de l'artère cérébrale postérieure. L'opération fit découvrir une tumeur du clivus. Il s'agissait d'un blastome, né à partir de résidus embryonnaires de la notochorde, probablement de la synchondrose sphéno-occipitale. Le décès survint quelques jours après l'intervention. L'auteur indique en terminant que les chordomes sont des tumeurs à développement malin. Cette malignité est non seulement de nature clinique, liée au siège, mais se manifeste, aussi, par les attributs classiques de l'accroissement infiltrant, des récidives, parfois de la survenue de métastases. Sept figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Commentaires cliniques sur le cours évolutif d'un oligodendrogliome frontal (Comentarios clinicos sobre el curso evolutivo de un oligodendroglioma frontal), par E. Castaner. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 3, septembre 1955, p. 238-239).

Chez une femme de 43 ans, sans antécédents pathologiques, apparaît une crise convulsive avec perte de connaissance. De nouvelles crises se produisent ensuite tous les trois ou quatre mois ; à 48 ans, s'ajoutent des céphalées, des troubles de la marche, de la dysarthrie. Puis, la malade présente de la diplopie transitoire, de la moria, des vomissements. L'examen montre une hémiplégie gauche avec augmentation des réflexes tendineux, signe de Babinski, absence de troubles sensoriels. Le fond d'œil montre, à gauche, un flou du bord temporal. La carotidographie droite révèle une déviation de l'artère fronto-polaire. A l'opération, apparaît une volumineuse tumeur occupant la zone pariéto-frontale avec prolongation frontale profonde. Il s'agissait d'un oligodendrogliome. Les suites opératoires furent favorables. Le psychisme et l'hémiplégie furent améliorés. A propos de ce cas, l'auteur rappelle l'importance d'une épilepsie apparaissant chez l'adulte, celle d'une hémiplégie à marche progressive, l'intérêt des artériographies.

V.-J. Durand.

Les méningo-encéphalites lymphocytaires chez l'enfant, par A. Gautier (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, 13e année, n° 304, 20 septembre 1955, p. 347-348).

La clinique des méningo-encéphalites lymphocytaires de l'enfant est assez semblable à elle-même dans les différentes formes étiologiques. Il faut distinguer : *a*) méningo-encéphalites à virus : d'abord virus neurotropes (de la poliomyélite, de la maladie de Bornholm, des polio-encéphalites, de l'herpès, des oreillons), ensuite virus lymphotropes (lymphocytose infectieuse aiguë, mononucléose infectieuse, hépatite épidémique, miyagawanelloses, maladie des griffes de chat, rickettsioses) ; le rôle de la grippe est discu-

table ; *b*) méningo-encéphalites dues aux toxines microbiennes (infections banales, fièvres typhoïde et paratyphoïdes, coqueluche, méningite tuberculeuse bénigne, fort discutée quant à son mécanisme, chorio-méningite lymphocytaire d'Armstrong, dysenterie bacillaire) ; *c*) méningo-encéphalites allergiques (injections intrathécales, fièvres éruptives, vaccination antivariolique, à type de leuco-encéphalites périveineuses). Il faut connaître une forme nouvelle, particulièrement observée depuis l'emploi des antibiotiques : c'est la méningo-encéphalite à *Candida albicans*. Très souvent, malgré des examens de laboratoire délicats, le diagnostic étiologique d'une méningo-encéphalite lymphocytaire de l'enfant ne peut être tranché.

V.-J. Durand.

Hyperhydrose de la main droite, par André-Thomas (Paris) (*La Presse médicale,* n° 18 du 3 mars 1956).

Présentation d'un cas d'hyperhydrose de la main droite chez un malade atteint de la crampe de l'écriture. Coïncidence exceptionnelle. Comme dans le plus grand nombre des sujets atteints de la crampe de l'écriture, réduction du ballant de la main, hyperesthésie des antagonistes. Sueur n'affectant que la face palmaire de la main, influencée par la température extérieure provoquée par des excitations périphériques, par des stimuli somato- ou psycho-affectifs ; accompagnement d'hyperthermie et de rubéfaction. Terrain spécial : inquiet, impressionnable, émotif. A ce propos, rappel de faits semblables, dans le système neuro-végétatif, sudation, horripilation, troubles de la vago-motricité ou dans le système nerveux cérébro-spinal.

Cette observation rentre dans le groupe des phénomènes de répercussivité. Réaction localisée dans une région tégumentaire ou un organe, sensibilisée par une disposition constitutionnelle ou accidentelle, déterminée par un stimulus somato- ou psycho-affectif ou par plusieurs stimuli suivant les cas.

Paul Abély.

Etude de l'électrophorèse des protéines du sérum et de la cuprémie ainsi que des signes cliniques, au cours du traitement par le B.A.L. de la dégénérescence hépatolenticulaire, par M. Werder, K. Wysocki, S. Magas. (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska,* n° 6, 1955).

Les auteurs ont étudié l'électrophorèse des protéines du sérum (électrophorèse sur papier) et dosé le cuivre du sérum et des cellules sanguines chez six patients traités par le B.A.L. pour une dégénérescence hépato-lenticulaire. Chez quelques patients, le traitement produisit une amélioration clinique qui, à cause de son caractère transitoire, dut être répétée.

Dans la majorité des cas étudiés, une chute du cuivre des cellules sanguines fut observée. La différence du niveau du cuivre dans le sérum et les cellules sanguines peut expliquer la discordance des résultats obtenus jusqu'à présent dans l'étude de la cuprémie au cours de la dégénérescence hépato-lenticulaire.

Dans tous les cas, les auteurs trouvèrent une dysprotéinémie, caractérisée par une chute des albumines, et une augmentation des γ et β-globulines, et parfois même des α-globulines.

En règle générale le traitement par le B.A.L. n'entraîne pas une augmentation de cuivre dans le sérum ; néanmoins, il augmente transitoirement les albumines et diminue les γ-globulines.

Les résultats des études électrophorétiques peuvent indiquer que le traitement par B.A.L. dans les cas de dégénérescence hépato-lenticulaire n'exerce aucune influence toxique sur les facteurs hépatiques.

P. Kramarz.

Un essai d'interprètation physiopathologique de l'examen clinique de l'aphasie motrice, par E. Osetowska-Vieckowska. (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska,* n° 6, 1955).

A partir de l'examen clinique de cinq cas d'aphasie motrice par des méthodes personnelles, l'auteur décrit les caractères cliniques et physiopathologiques des troubles du langage observés. L'aphasie motrice produite par une lésion localisée à la 3e circonvolution frontale gauche (ou aux régions voisines) est caractérisée par une atteinte de la parole spontanée (une atteinte de la spontanéité est interprétée comme un signe de la diminution de l'excitabilité et un trouble de l'appareil moteur du langage), des troubles de la répétition et de la dénomination. En relation avec l'étendue de la lésion et l'état général du cortex, on peut rencontrer des troubles de la compréhension du langage par atteinte de la sphère auditive ou par une baisse générale du niveau d'activité corticale.

Du point de vue physiologique, l'aphasie est considérée comme un signe clinique d'incoordination ou de destruction des connexions temporaires établies entre les analyseurs auditifs, visuels et kinesthésiques. L'aphasie motrice naît d'abord d'une lésion de ces voies de connection avec l'analyseur kinesthésique.

Plus loin, l'auteur discute rapidement des diverses théories de l'aphasie motrice, les classifications cliniques, les interprétations théoriques.

A partir d'un des cas décrits, le problème de la compensation de l'aphasie motrice par l'autre hémisphère est abordé par l'auteur.

P. Kramarz.

Sur les corrélations de la micropsie et des troubles de l'accommodation, par J. Szapiro et P. Ségal. (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska,* n° 6, 1955).

Les auteurs ont étudié une malade chez laquelle une paralysie des oculomoteurs et de l'accommodation était associée à la micropsie. A une période de sa maladie, la vision des objets diminués put être confirmée par l'usage de l'eiconomètre.

Les auteurs pensent que le phénomène de la micropsie, considéré comme un trouble d'un processus réflexe complexe d'évaluation de la taille d'un objet, peut être suivi de troubles de l'accommodation, traduisant les lésions de l'élément dans l'arc réflexe de ce processus.

La micropsie n'est pas reliée mécaniquement aux troubles de l'accommodation, mais elle n'en est pas indépendante.

P. Kramarz.

Les troubles respiratoires pendant l'hibernation artificielle en neurochirurgie, par J. Bidzinski et J. Wronski (*Neurologia Neuro-chirurgia i Psychiatria Polska*, n° 6, 1955).

Les auteurs décrivent les principes de l'hibernation artificielle, méthode qui lutte contre le choc opératoire et les troubles de l'oxygénation des tissus. Ils discutent également les signes d'atteinte du tronc cérébral par tumeur intracranienne. Ils soulignent le fait bien connu que les premiers troubles à apparaître sont les troubles respiratoires. Ils discutent alors le rôle que l'hibernation artificielle paraît jouer dans plusieurs interventions intracraniennes. Comme exemple, ils relatent leur propre expérience de l'hibernation physique et pharmacologique.

Enfin, ils décrivent un phénomène fréquemment observé dans des atteintes graves du tronc cérébral, qui est la dissociation entre troubles respiratoires et circulatoires : paralysie complète et irréversible de la respiration, associée à une circulation sanguine normale, état qui peut durer plus de 38 heures.

P. Kramarz.

Glioblastose diffuse, par M. Filipowicz et M. Mossakowski (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, n° 6, 1955).

Les auteurs discutent le problème de la troisième forme blastomatique de la sclérose diffuse et de ses caractères histopathologiques. Ils ont permis à Scheinker de considérer cette forme comme une entité morbide, la glioblastose diffuse. Cette forme peut être considérée comme une transition entre les lésions diffuses avec démyélinisation et les néoplasmes vrais.

Les auteurs décrivent ensuite un cas personnel de glioblastose diffuse localisée au tronc cérébral.

Dans l'esprit des auteurs, le terme de glioblastose diffuse devrait être appliqué à tout le groupe des malades caractérisées par une prolifération blastomatique diffuse du tissu glioblastique. Seules, certaines formes caractérisées par une faible différenciation cellulaire devraient être appelées astrocytome diffus, ou lemmoblastome, ou spongioblastose diffuse. De plus, le terme de glioblastose diffuse devrait être réservé à cette forme avec cellules indifférenciées et qui ne peut être classée dans aucun des types strictement définis.

P. Kramarz.

Désordres psychiques dans le syndrome de Ramsay-Hunt (Dyssynergia, cerebellaris, myoclonica), par B. Alapin (*Neurologia Neuro-chirurgia i* (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska*, n° 6, 1955).

Trois jumeaux ont présenté, à l'âge de 30 ans, des manifestations comitiales. L'un, des troubles paroxystiques de la mémoire, des états crépusculaires. Les deux autres jumeaux présentèrent des troubles cérébelleux, des myoclonies, des signes d'atteinte des cordons postérieurs. Tous présentaient des attaques épileptiques. Tout ceci permettait de classer ces malades dans le cadre du syndrome de Ramsay-Hunt.

Les troubles mentaux rencontrés furent : troubles mnésiques, états crépusculaires paroxystiques et état d'obtusion. Il est intéressant de signaler que l'examen clinique pendant une période d'obtusion avait fait porter le faux diagnostic de démence chez un de ces malades.

Dans un autre cas, fut porté le faux diagnostic de chorée de Huntington. Il semble souhaitable d'étudier de plus près les cas de troubles mentaux associés aux hyperkinésies.

P. KRAMARZ.

Rééducation des malades présentant une lésion cérébrale étendue, par J. SAPER. (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska,* n° 6, 1955).

L'auteur décrit un cas de rééducation d'un malade de 21 ans présentant une importante atrophie de l'hémisphère droit, une insuffisance globale de développement intellectuel, des troubles du langage et une hémiparésie gauche.

Après quelques mois de traitement, le patient présenta une amélioration nette. La parésie s'atténua, la contracture des doigts de la main gauche qui durait depuis vingt ans disparut presque complètement, le langage s'améliora, la fréquence des crises convulsives diminua et l'électro-encéphalogramme s'améliora également. La conduite générale du malade changea, il s'intéressa à son entourage et put faire de petits travaux manuels.

L'auteur attribue cette amélioration considérable à : 1) le facteur social du milieu hospitalier ; 2) l'entraînement systématique du cortex au cours de cette thérapeutique de longue durée ; 3) accessoirement, l'activité compensatrice de l'hémisphère gauche.

P. KRAMARZ.

Érythrémie dans un cas d'hémangioblastome cérébelleux, par J. LEBKOWSKI (*Neurologia Neurochirurgia i Psychiatria Polska,* n° 6, 1955).

Le but de ce travail est d'attirer l'attention sur la possibilité d'une origine neurogène de l'érythrémie, et sur le fait que, non seulement la moelle peut produire les globules rouges, mais aussi les malformations issues des vaisseaux du système nerveux, et en particulier l'angiomatose fœtale du cervelet (hémangioblastome).

L'auteur cite un cas personnel et de nombreux cas dans la littérature d'hémangioblastome du cervelet, au cours desquels s'est développée une érythrémie.

P. KRAMARZ.

Les effets du traitement des névroses par hypnose prolongée, selon la méthode de W.-E. Roznow, par A. INGSTER (*Neurologia Neuro-chirurgia i Psychiatria Polska,* n° 6, 1955).

L'auteur présente les résultats d'un traitement par hypnose prolongée dans dix cas : huit cas d'énurésie, jusque-là résistant à toutes les thérapeutiques, un cas de céphalées persistantes, un cas de névrose atypique avec angoisse à la vue de malades, vertiges, troubles de l'équilibre. Tous ces

malades furent guéris par l'hypnose prolongée, alors qu'ils avaient été réfractaires à une hypnose brève.

P. KRAMARZ.

Au sujet d'un réflexe apparaissant chez l'enfant au cours des premiers mois de la vie, par BABKINE (Chaire des maladies nerveuses et chaire de physiologie de l'Institut de médecine de Kranojarsk). (*Revue de neuropathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 22-25, Moscou, 1956).

Chez le nouveau-né, en lui penant l'avant-bras et en provoquant des mouvements rapides d'abduction, d'élévation ou d'abaissement, on constate, dans la plupart des cas, que la bouche s'ouvre d'une manière synchrone. Ainsi, le mouvement des bras entraîne un réflexe d'abaissement de la mâchoire inférieure. La question qui se pose est celle de l'origine de ce réflexe : s'agit-il d'un réflexe à point de départ proprioceptif des bras ou bien d'un réflexe lié à l'acte respiratoire et aux mouvements de la cage thoracique ? Pour résoudre ce problème, l'auteur a cherché à éliminer toute influence mécanique sur la cage thoracique : le nouveau-né étant couché sur le dos ou sur le côté, la pression sur les deux poignets est apparue la méthode la plus efficace en ce qui concerne la fidélité de la réponse d'une part, son amplitude d'autre part. La pression sur un seul poignet entraîne simultanément l'ouverture de la bouche, la flexion de la tête et l'occlusion des paupières.

La réponse du réflexe provoqué à partir de l'avant-bras est plus faible que celle provoquée à partir du poignet ; quant à la pression dans la région de l'épaule, ce n'est que dans de rares cas seulement qu'elle provoque une légère ouverture de la bouche.

La stimulation cutanée extéroceptive du bras à n'importe quel niveau n'entraîne aucune réponse. Pas de réponse non plus à la percussion.

Il s'agit donc bien d'un réflexe à point de départ proprioceptif : la zone réflexogène optima est la région de la main et l'excitant spécifique : la pression. La mobilisation des articulations poignet, coude, épaule, provoque aussi le réflexe. Il peut aussi bien s'extérioriser par l'ouverture de la bouche que par la flexion de la tête. Il s'agit donc d'un réflexe plus complexe que le rotulien ou que le réflexe palmo-mentonnier.

Sur 260 enfants examinés, c'est seulement dans quatre cas que le réflexe n'a pas été retrouvé.

D'une façon générale, il apparaît dans les premières heures de la vie et même chez les prématurés, où il est plus vif. Enfin, il serait plus vif lorsque l'enfant est à jeun. Sur 117 enfants, on a constaté que ce réflexe disparaissait au 5e mois. Il ne s'agirait pas d'un réflexe acquis, mais d'un réflexe « inconditionné », inné, puisqu'il apparaît dès les premiers jours, et même chez les prématurés. La voie afférente issue des propriocepteurs de l'extrémité distale du membre supérieur passerait par les nerfs périphériques et les racines postérieures pour s'articuler dans la moelle cervicale inférieure avec la voie efférente destinée aux muscles abaisseurs de la mâchoire et fléchisseurs de la tête.

Une série de photos, prises au rythme de 16 vues à la seconde, montre les phases de la réponse réflexe chez un nouveau-né de deux jours.

J. CHAMBON.

De la « mobilité des processus corticaux » dans la phylogénèse et de ses modifications dans les états pathologiques, par S.-D. Kaminski. Travail du laboratoire de physiologie et de pathologie de l'activité nerveuse supérieure), Institut de psychiatrie. Rapport au VIII[e] Congrès des physiologistes russes, mai 1955. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 11 à 21, Moscou, 1956).

On définit la « mobilité » comme le pouvoir qu'a le cortex de passer rapidement de l'état d'excitation à l'état d'inhibition et inversement quand les deux processus nerveux, conformément aux conditions extérieures, doivent donner la primauté à une excitation sur l'autre ou à une excitation sur une inhibition et inversement.

Les analyses expérimentales et cliniques témoignent du rôle important de la « mobilité des processus corticaux » en tant que fonction d'adaptation dans les conditions physiologiques — et aussi du rôle des différentes formes de destruction de la « mobilité » sous l'influence des processus pathologiques. L'auteur apporte une analyse de cette fonction sur le plan phylogénétique et une analyse expérimentale : à l'état normal sur l'animal (le chien) et sur l'homme ; à l'état pathologique, en ce qui concerne l'expérimentation animale et la clinique humaine. Cette étude permettrait de mieux comprendre quelques aspects de la génèse de certains processus pathologiques chez l'homme, mais à l'heure actuelle un certain nombre de problèmes demeurent en suspens.

J. Chambon.

Réflexes anormaux de la face au cours des lésions vasculaires cérébrales, par A. Rastvorova (chaire des maladies nerveuses de la Faculté de pédiatrie de Moscou, 2[e] Institut de médecine). (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 26-32, Moscou, 1956).

L'étude de ces réflexes aurait une valeur localisatrice, étiologique et pronostique. Les manifestations réflexes diffèrent selon :

1) la nature de la réponse (contraction pupillaire, contraction des muscles des joues, de l'orbiculaire des lèvres, de la houppe du menton) ;
2) la nature et le lieu de l'excitation ;
3) la signification biologique du réflexe (de défense, d'automatisme oral) ;
4) le niveau de l'articulation de l'arc réflexe ;
5) le stade du processus pathologique (suite immédiate de la lésion ou à distance).

La disparition des réflexes palpébraux, en particulier, aurait une valeur pronostique de premier plan dans les lésions vasculaires.

J. Chambon.

Réflexe de flexion du doigt (avant-bras en supination), par A.-N. Chtempel (Léningrad). (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 33-35, Moscou, 1956).

L'observation d'un grand nombre de malades confirmerait que, parmi les signes les plus précoces d'hémiparésie pyramidale fruste, il faut insister sur les modifications réflexes dans les segments distaux des membres. Le signe

décrit par Tremener en 1912 : réflexe de flexion du doigt, l'avant-bras étant en supination, serait l'homologue du signe de Rossolimo au niveau du pied. En fait, ce signe est rarement observé, d'où sa valeur diagnostique faible. Mais Tremener le recherchait sur l'avant-bras en pronation ; l'auteur rapporte les résultats de sa recherche en supination ; l'application de cette méthode augmente considérablement la valeur diagnostique de ce signe. L'exagération du réflexe du côté hémiparésié a été retrouvée sept ou huit fois plus souvent par cette méthode que par celle de Tremener. En outre, ce signe serait beaucoup plus fréquent que le signe de Rossolimo dans les hémiparésies frustes. Pour l'auteur, le signe le plus fidèle en cas d'hémiparésie serait le signe de Venderovitch et aussi la parésie du facial inférieur et la déviation de la langue. Quant au signe de flexion du doigt en position de supination il aurait, au point de vue fréquence, la deuxième place parmi les signes de la main, la quatrième place parmi tous les autres signes pyramidaux connus. En outre, il apparaît dans 50 % des cas au cours des trois premiers jours qui suivent la lésion et dans la majorité des cas au cours de la première semaine.

J. Chambon.

Analyse physio-pathologique d'un malade atteint d'hémiparésie avec syncinésies d'imitation, par V.-A. Karlov, Hôpital de Malo-Arkhangelsk. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 36-39, Moscou, 1956).

J. Chambon.

Les kinésies paradoxales dans la maladie de Parkinson, par Popelianski. Institut de neurologie de Moscou. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 40-43, Moscou, 1956).

L'analyse de nombreux cas cliniques montre que les kinésies paradoxales ont un caractère temporaire. On peut considérer qu'elles relèvent de stimuli nouveaux, déterminées par l'apparition d'un foyer d'irritation corticale ; celui-ci créerait des conditions dans lesquelles les réactions inhibitrices seraient plus déprimées que les réactions effectrices. Ainsi, les kinésies paradoxales résulteraient d'une suppression de l'inhibition.

J. Chambon.

Analyse radiologique de la déglutition chez les malades atteints de myasthénie, par M. A. Iavtchounovskaia et A.-S. Pipko. Chaire des maladies nerveuses et chaire de radiologie de l'Institut central de perfectionnement médical. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 44-45, Moscou, 1956).

La comparaison des radiographies met en évidence une différence nette entre l'atteinte de la déglutition au cours de la myasthénie et son atteinte au cours de la sclérose latérale amyotrophique.

J. Chambon.

Caractéristiques anatomo-cliniques du syndrome d'hémiballisme d'origine vasculaire, par A.-N. Agubieva et T.-D. Demidenko. Institut psycho-neurologique de Léningrad. (*Revue de neuro-pathologie et de psychiatrie,* t. 56, fasc. 1, p. 46-48, Moscou, 1956).

C'est un syndrome rare ; les auteurs en ont trouvé 40 cas dans la littérature mondiale ; ils rapportent un cas avec vérification anatomique montrant une destruction du corps de Luys du côté droit par un foyer hémorragique d'origine récente affectant particulièrement sa région moyenne et postérieure. En outre, on notait une importante sclérose vasculaire avec de nombreux foyers de ramollissement. Ceci est conforme aux cas rapportés en général dans la littérature.

J. Chambon.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Contribution clinique et expérimentale à l'étude de l'ionophorèse calcique transcérébrale (Contributo clinico e sperimentale allo studio della ionoforesi calcica transcerebrale), par Mario Montanari (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1339-1352).

L'auteur a recherché la présence de calcium dans les tissus de l'orbite et de l'encéphale de lapins traités par la technique de Bourguignon. Par les méthodes spécifiques pour le calcium et les réactions de micro-cristallisation, il a observé des dépôts calcaires dans les tissus de l'orbite, les méninges et les couches superficielles de l'encéphale. La disposition de ces dépôts calcaires sur le trajet du flux ionique fait penser que l'ionophorèse transcérébrale entraîne une effective pénétration de calcium dans l'encéphale. Cependant, des recherches nouvelles sur des animaux à encéphale expérimentalement lésé sont encore nécessaires. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'examen de la fonctionnalité vésicale chez les malades neuro-psychiques (L'esame della funzionalità vescicale in ammalati neuropsichici), par Domenico Gherarducci et Aldo Giannini (de Pise). (*Rivista di neurobiologia,* Pérouse, vol. 1, fasc. 1, janvier-mars 1955, p. 5-55).

Après un rappel physiologique, les auteurs donnent les résultats de recherches cystométriques chez des sujets normaux et chez des malades atteints de lésions nerveuses. Dans la moitié des cas d'atteinte médullaire, il y a hypertonie et hyperréflexie du détrusor ; dans l'autre moitié, à détrusor normal, il s'agissait de lésions médullaires anciennes. Dans des atteintes cérébrales unilatérales sans troubles sensitifs, on trouve une hypertonie du détrusor ; dans les lésions périphériques, une hypotonie vésicale. Chez quelques psychonévrotiques, il y a dystonie du détrusor sans troubles de la miction. Pendant le sommeil provoqué, le seuil des réflexes maintenant le tonus vésical est élevé ; dans la phase tonique de l'électro-choc se voit une

contraction massive de la vessie. Les ganglioplégiques exercent une inhibition sur la musculature vésicale lisse. La cystométrie permet de découvrir, chez des sujets n'ayant pas de troubles de la miction, des états de fonctionnalité anormale au niveau des muscles vésicaux. Six figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Influence de la décortication cérébrale unilatérale sur le phénomène de Sanarelli-Schwartzman (Influence of unilateral cerebral decortication on the Sanarelli-Schwartzman phenomenon), par O. Sager, Gh. Badenschi, E. Cotaescu et R. Weinbach. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine*, t. 2, 1954, p. 131-136).

Le phénomène de Sanarelli-Schwartzman a été provoqué chez des chats normaux et chez d'autres ayant subi une décortication cérébrale unilatérale par un antigène streptococcique. De faibles réactions furent notées. Chez quatre chiens hémidécortiqués et deux normaux, le phénomène fut provoqué par des filtrats de bacilles Proteus 0 × 19. Chez les animaux décortiqués, les réactions furent beaucoup plus fortes, s'étendant à une aire plus vaste et furent plus marquées du côté opposé à la décortication. D'autres expériences furent répétées au bout de 21 jours. Les résultats des diverses recherches ont permis de préciser les modes d'action du cortex cérébral pour le maintien de la trophicité de la peau, en particulier la fonction régulatrice du cortex sur les centres sous-corticaux. Trois figures.

V.-J. Durand.

Effets de la diéthylamide de l'acide lysergique sur la symptomatologie psychique des schizophrènes (Effetti della dietilamide dell'acido lisergico sulla sintomatologia psichica di schizofrenici), par B. Callieri et M. Ravetta (de Rome). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 1, 1955, p. 39-88).

Après une soigneuse revue des travaux sur les propriétés de la diéthylamide de l'acide d. lysergique et son emploi en psychiatrie expérimentale, les auteurs rapportent 14 observations personnelles. Elles concernent dans onze cas des schizophrènes, à qui fut donné le produit. On peut souligner l'importance de « l'expérience lysergique » pour la meilleure connaissance phénoménologique des sujets. Cependant, il est difficile de considérer le L.S.D. comme une substance schizogène. Il faut seulement en indiquer l'utilité pour le diagnostic des formes processuelles initiales, ainsi que pour l'étude psycho-pathologique du thème délirant. L'analyse approfondie des symptômes processuels des schizophrènes soumis à la diéthylamide de l'acide d. lysergique montre, en général, un enrichissement thématique, mais ne révèle pas de production formelle nouvelle de symptômes processuels primaires. Substance agissant comme un éidétique chez le sujet normal, comme un psychotique chez le malade, l'alcaloïde de l'ergot de seigle est susceptible d'applications variées en psychiatrie et en psycho-pathologie. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Réflexe conditionnel éosinopénique, par B. Rosner, N. Sterescu, L. Vaisler, E. Costiner et D. Sandulescu. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine,* t. 2, 1954, p. 151-153).

Les travaux de Pavlov et de Bykov ont montré le rôle joué par l'écorce cérébrale dans le fonctionnement des organes internes. Le but de la présente recherche est d'étudier l'influence du cerveau sur la fonction de la cortico-surrénale, et de montrer que la théorie de l'adaptation de Selye ignore le rôle coordinateur et directeur du cortex dans le processus complexe de l'adaptation au milieu. Les expériences ont été faites sur un chien, par injection d'insuline à la dose de une demi-unité par kilo de poids corporel. L'excitant non conditionnel était l'administration d'insuline, tandis que les battements d'un métronome (120 par minute) constituaient l'excitant conditionnel. La possibilité d'établir des connexions temporaires entre le cortex et la surrénale prouve que l'écorce cérébrale peut contrôler et diriger l'activité cortico-surrénale.

V.-J. Durand.

Étude de la douleur viscérale par la méthode des réflexes conditionnels, par D. Daniélopolu, A. Kreindler et N. Raicinlescu. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine,* t. 2, 1954, p. 137-150).

Les auteurs se proposent d'étudier les traits caractéristiques de la composante conditionnelle dans le mécanisme de la douleur viscérale et de chercher dans quelle mesure la douleur viscérale modifie la dynamique de l'écorce cérébrale, ainsi que la modalité d'action des médicaments sur cette douleur. Effectuées sur le chien, les expériences ont comporté d'abord la fixation d'un réflexe conditionnel respiratoire à l'excitation d'un algo-récepteur œsophagien et gastrique, puis l'établissement d'un réflexe conditionnel de défense par application d'un choc faradique cutané, l'étude de l'influence réciproque des deux réflexes, enfin de l'action pharmacodynamique sur la douleur viscérale et sur les composants conditionnels et non conditionnels. Divers produits (cocaïne, éther, atropine, morphine) ont été utilisés à cet effet. Il est possible de dissocier la réponse non conditionnelle de la réponse conditionnelle à l'aide de l'action pharmacodynamique. Treize figures.

V.-J. Durand.

Le cerveau viscéral (Il cervello viscerale), par Raffaello Vizioli. (*Rivista di neurologia,* vol. 25, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 283-295).

Rappelant les travaux récents sur les fonctions végétatives du rhinencéphale, l'auteur montre que diverses hypothèses ne sont pas absolument confirmées par les faits. Il semble exister une seule représentation viscérale sûre : la représentation alimentaire, au moins chez l'homme, comme l'a démontré Penfield. Actuellement, le cerveau viscéral se limiterait à l'insula. La portion orbitaire postérieure du lobe frontal, le gyrus du cingulum, l'hippocampe jouent certainement un rôle important, mais les données expérimentales sont encore insuffisantes pour permettre d'affirmer leur repré-

sentation viscérale. De nouvelles et plus complètes recherches sont nécessaires pour une meilleure connaissance des fonctions et de l'étendue du cerveau viscéral. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Méthodes de pharmacodynamie non spécifique pour l'étude des fonctions de l'écorce cérébrale, par D. Danielopolu, Maria Corneanu et S. Radescu. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine,* t. 2, 1954, p. 9-29).

L'un des principes essentiels de la pharmacodynamie non spécifique est l'action des médicaments et des agents physiques sur la totalité de l'organisme. La méthode la plus physiologique pour son étude est celle des réflexes conditionnels. S'appuyant sur la théorie de l'équilibre, qui précise que les fonctions de l'organisme sont équilibrées par des facteurs antagonistes, se stimulant réciproquement, les auteurs rapportent les résultats de leurs recherches sur la pharmacodynamie non spécifique de l'écorce cérébrale. Ils ont utilisé l'inscription des phénomènes d'excitation et de frénation corticales, puis ont étudié l'action de divers produits sur le cortex : hypnotiques, atropine, hyoscyamine et scopolamine, nicotine, strychnine, ésérine, histamine. Diverses expériences sont rapportées, dont certaines sont susceptibles d'applications thérapeutiques.

V.-J. Durand.

L'infection rabique expérimentale au virus fixe « nervotrope », par St. S. Nicolau, N. Constantinescu, A. Toma, C. Dragomir, I. Aderea, E. Duca et M. Duca. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine,* t. 2, 1954, p. 30-64).

Appliquant la méthode de sélection dirigée de Mitchourine, les auteurs ont cherché à modifier certaines propriétés du virus fixe en vue de son emploi comme vaccin antirabique. Par adaptation à l'encéphale du rat et du spermophile, la souche classique de virus fixe exalte son action pathogène. Elle redevient nettement nervotrope ; le contact *in vitro* de la streptomycine et de la pénicilline favorise son action. L'injection sous-cutanée de sang hétérologue confère une protection contre l'inoculation locale du virus fixe nervotrope, sans inhiber sa diffusion dans l'organisme. Par voie oculaire chez le rat, le virus fixe persiste longtemps à l'état latent et donne la paralysie rabique après une très longue incubation. Inoculé dans le cerveau, il rend celui-ci virulent à partir du 7e jour. Après résection ou alcoolisation du sciatique chez le lapin, le chien ou le cobaye, le virus fixe neurotrope, ainsi que le virus de rue, administrés par voie cutanée ou musculaire sur le membre correspondant, ne provoquent pas de paralysie rabique, mais l'infection est suivie d'immunité. On peut considérer la modification des qualités de la souche de virus fixe, passé par le cerveau du spermophile et du rat, comme un phénomène de variabilité dirigée du virus. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur une nouvelle méthode de la « tête isolée » à mœlle épinière conservée, par Gr. Benetato, C. Oprisiu et I. Baciu. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine,* t. 2, 1954, p. 75-83).

Pour perfectionner la technique de perfusion à circulation croisée de la « tête isolée », préconisée par Heymann, les auteurs décrivent une nouvelle méthode. Son principe est que la tête du chien receveur est totalement libérée des rapports vasculaires et humoraux avec le tronc correspondant, mais encore reliée à lui, par les fibres vago-sympathiques ainsi que par la moelle épinière. La tête isolée est interposée dans la circulation carotido-jugulaire du chien donneur et maintenue en vie pendant dix à seize heures. Un des éléments du nouveau procédé est un système de compression par tube de caoutchouc sur la moelle pour empêcher toute communication humorale par la cavité arachnoïdienne et les réseaux sanguins périmédullaires. La technique permet l'étude du mécanisme nerveux central de régulation de l'activité viscérale, du mécanisme nerveux central des processus immuno-biologistes et d'autres problèmes de physiologie pavlovienne. Douze figures.

V.-J. Durand.

Recherches expérimentales de l'Institut neurologique I.-P. Pavlov sur le problème de l'épilepsie (Experimentelle Untersuchungen des neurologischen Institutes I.P. Pawlow im Epilepsie problem), par A. Kreindler. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine,* t. 2, 1954, p. 84-105).

Le but des récentes recherches faites à l'Institut I.P. Pavlov de Bucarest, dans le domaine de l'épilepsie, a été d'étudier la dynamique de l'écorce cérébrale pendant et après la crise convulsive, de préciser le rôle du cortex dans le déterminisme du tableau clinique de la crise, de connaître la dynamique des processus physiologiques dans les centres sous-corticaux pendant et après l'attaque comitiale, ainsi que la dépendance mutuelle des différentes formes de crise. De nombreux faits sont rapportés, certains confirmant les données classiques, d'autres les infirmant. L'auteur considère que le cortex cérébral, en déterminant l'apparition de la phase clonique, exerce un effet protecteur, diminuant l'importance des modifications viscérales et humorales.

V.-J. Durand.

L'hypoglycémie comme syndrome physio-pathologique et clinique (Patofiziološki i Klinički sindrom hipoglikemije), par J. Matovinovic, N. Kovačic et Z. Novak (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija,* Zagreb, vol. 3, n° 1, 1955, p. 38-51).

L'hypoglycémie est un diagnostic rarement posé dans les dispensaires et les hôpitaux généraux. Il faut cependant signaler l'intérêt de ce syndrome. A ce propos, les auteurs font une revue générale de la question, s'appuyant tout spécialement sur les travaux de Jérome W. Conn. Cinq figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Résistance à la rage chez les rats par une épilepsie réflexe expérimentale (Resistenz gegen Tollwùt bei Ratten mit experimenteller Reflexepilepsie), par R. Dinu, C. Jacob et E. Nastac. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine*, t. 2, 1954, p. 116-121).

Les auteurs ont recherché le développement de la rage chez 33 rats, inoculés avec le virus de rue. Parmi ces animaux, 9 avaient des crises d'épilepsie par excitation sonore (clochette), 7 présentaient souvent une excitabilité motrice sans crises convulsives par le tintement de la clochette ; chez 7 furent pratiqués des électro-chocs, 10 servirent de sujets de contrôle. Trente-deux jours après l'introduction du virus, aucun des rats qui présentaient de l'épilepsie ne montrait de signe de rage ; des 26 autres anormaux, 16 furent atteints de paralysie rabique entre le 14e et 26e jour après l'inoculation. De ces expériences, il peut être déduit que la survenue de crises épileptiques développe une capacité de défense naturelle non spécifique contre la rage. Les rats, qui montrent une forte excitabilité au son sans aboutir aux convulsions, se comportent comme les animaux témoins.

V.-J. Durand.

Provocation réflexe de manifestations épileptiformes (Reflektorische Bedingung epileptiformer Erscheinùngen), par Julia Ungher, Ion Stoica et Rodica Stavrica. (*Revue des sciences médicales, Académie de la république populaire roumaine*, t. 2, 1954, p. 122-129).

Rappelant les divers procédés employés pour déterminer des crises expérimentales d'épilepsie, les auteurs rapportent quelques-unes de leurs recherches chez le chien. Chez quatre chiens, par introduction intragastrique d'air ou d'huile de tournesol, ils provoquèrent des états épileptiformes. Chez l'un d'eux, l'odeur du camphre déclencha de fréquentes attaques tonico-cloniques à type de réflexe conditionnel. Plus tard, la simple influence de l'ambiance du laboratoire ou l'odeur du camphre suffisait. Des essais avec l'électro-choc ont été faits également. Donc, des excitations indifférentes, extéro- ou intéroceptives en association avec des excitations cliniques directes ou indirectes sur le cortex cérébral, ou avec des excitations suivant la voie circulatoire, peuvent faire naître des états épileptiformes.

V.-J. Durand.

L'acide lysergique et sa diéthylamine (El ácido lisérgico y su dietilamina), par J. Miret Monsó (de Merida, Venezuela). (*Rivista de psiquiatria y psicologia medica de Europa y America latinas*, t. 2, n° 2, avril-juin 1955, p. 166-186).

Dans cette révision bibliographique, l'auteur groupe des résumés et des extraits de travaux sur l'acide lysergique et surtout sur sa diéthylamine. Ces publications sont passées en revue sous les titres suivants : historique des recherches, pharmacologie, aspects expérimentaux et cliniques, essais thérapeutiques. D'importants fragments d'articles sont reproduits. Le travail se termine par une liste de 43 références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le contenu hydrique des globules rouges des épileptiques (Il contenuto idrico dei globuli rossi degli epilettici), par C. Pero et G. Lipani (de Catane). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 421-429).

Les auteurs ont recherché, chez 35 épileptiques, pendant la phase intercritique, le taux de l'eau totale, de l'eau libre et de l'eau liée, dans les hématies. Il y a augmentation de l'eau totale ; quant au rapport d'eau libre/eau liée, il se traduit par une diminution de l'eau libre et une augmentation, parfois nette, de l'eau liée. De tels résultats apportent une contribution utile à la démonstration du rôle des échanges hydriques dans la pathogénie de la crise épileptique.

V.-J. Durand.

Etude biologique et électro-encéphalographique d'un ganglioplégique parasympathicotrope (M. G. 624) (Studio biologico ed elettroencefalografico di un ganglioplegico parasimpaticotropo (M.G. 624)], par A. Catanzaro et R. Gattuso (de Catane). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 227-244).

Une étude a été faite des effets neuro-végétatifs (pression artérielle, fréquence du pouls, réflexes cardiaque et solaire, pouvoir cholinestérasique du sang) dans un groupe de sujets traités par un nouveau ganglioplégique : M.G. 624. Ce produit est l'iodure de triéthyl-(bêta-4-stilbenoxy-éthyl)-ammonium. Dans un autre groupe de sujets, ont été enregistrés également les tracés électro-encéphalographiques. Le M.G. 624 s'est révélé très bien toléré sans donner d'effets secondaires ni immédiats, ni à distance. Le pouvoir cholinestérasique, les réflexes neuro-végétatifs, la pression artérielle, la fréquence du pouls, ne subissent pas de variations notables après administration du produit. Au point de vue électro-encéphalographique, les variations qui s'enregistrent concernent le rythme alpha. On a pu observer, en effet, une nette augmentation du voltage de ce rythme qui, après des valeurs initiales de 25-45 micro-volts, atteint 60-90 micro-volts. Une telle activation est interprétée comme produite par une action primitivement centrale que le médicament exerce au niveau des noyaux neuro-végétatifs du tronc cérébral et du diencéphale. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Nouvelles recherches en psychiatrie expérimentale avec la diéthylamide de l'acide lysergique (Nuove ricerche in psichiatria sperimentale con la dietilamide dell'acide lisergico), par Rodolfo Belsanti (de Lecce). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 460-466).

Reprenant les études de psychiatrie expérimentale avec la diéthylamide de l'acide lysergique, l'auteur en examine quelques points : par exemple, la possibilité de déterminer un syndrome confusionnel avec des doses élevées, mais uniques, et un syndrome dissociatif avec des doses faibles, mais répétées, donnant ainsi de l'importance à la composante aminique de la substance. Les recherches de l'auteur confirment l'action catatonisante de la L.S.D., son action euphorisante et psychothérapique, et l'interférence pathogène avec le métabolisme hépatique.

V.-J. Durand.

Effets de l'interruption circulatoire cérébrale obtenus par l'étude de l'activité électrique corticale chez des chiens à température corporelle normale et chez des chiens hypothermiques (Effetti della interruzione circolatoria cerebrali rilevati con lo studio dell'attività elettrica corticale in cani a temperatura corporea normale ed in cani ipotermici), par Luigi Amantea et Eugenio Ferrari (de Cagliari). (*Acta neurologica,* 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 562-573).

Les auteurs ont étudié la résistance des centres nerveux et leur reviviscence après interruption circulatoire cérébrale, par le comportement de l'activité électrique corticale chez des chiens à température normale et chez des chiens soumis à une hypothermie provoquée plus ou moins marquée. Des résultats obtenus, il est permis de conclure que la tolérance biologique des cellules corticales à l'anoxie anémique est fortement augmentée par l'état d'hypothermie au-dessous de 30°C. de température rectale. D'autre part, la possibilité de récupération des chiens hypothermisés est augmentée. Enfin, le temps de « reprise » est notablement prolongé. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Nouvelles recherches sur le thème des toxicoses aminiques chez les schizophrènes (Nuove indagini in tema di tossicosi aminiche in schizofrenici), par V.-M. Buscaino, D. Kemali et R. Bagnulo (de Naples). (*Acta neurologica,* 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 547-561).

Par l'étude des précipités obtenus dans les urines par l'épreuve du nitrate d'argent à chaud, il a été possible de constater des différences sensibles, non seulement quantitatives, mais aussi qualitatives (composition chimique), entre sujets normaux et schizophrènes. Le fait le plus important est la présence, par la recherche chromatographique sur papier, d'un comportement différent des taches Ehrlich-positives. Ceci confirme le soupçon d'un trouble métabolique notable des substances à noyau indol chez les malades présentant des syndromes dissociatifs.

V.-J. Durand.

Contribution à la connaissance de l'action des antibiotiques sur le système nerveux. 2e note : streptomycine (Contributo alla conoscenza dell'azione degli antibiotici sul sistema nervoso. Nota 2, Streptomicina), par Faust d'Andrea (de Cagliari). (*Acta neurologica,* 10e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 312-324).

Des expériences réalisées chez le chien ont montré à l'auteur, comme cela avait déjà été observé, que la streptomycine portée directement sur les centres nerveux moteurs du cortex entraîne un abaissement de l'excitabilité corticale, sans arriver cependant à neutraliser l'activité convulsivante de la strychnine. Les manifestations convulsives observées parfois après administration de streptomycine ne sont pas dues à l'action directe sur le tissu nerveux. Il ne s'agit donc pas de troubles liés à la streptomycine elle-même, mais d'accidents liés à des impuretés et à des produits de dégradation de l'antibiotique. Quant aux effets neuro-toxiques non épileptiques observés par l'auteur, après administration intra-cisternale ou intra-ventriculaire,

leur gravité a toujours été proportionnelle à la quantité de streptomycine utilisée. Il est certain que, pendant les dernières années, les effets toxiques du traitement streptomycinique sont devenus plus rares, grâce à la plus grande pureté des produits utilisés et au dosage plus précis. Bibliographie.

V.-J. Durand.

L'oligophrénie phénylpyruvique. 4e note : influence de l'administration de quelques substances à action enzymatique sur le taux de l'acide phénylpyruvique dans le sang et dans les urines et sur l'élimination des amino-acides. (La frenastenia fenilpiruvica. Nota 4. Influenza della somministrazione di alcune sostanza ad azione enzimatica sul tasso di acido fenilpiruvico nel sangue e nelle urine e sulla eliminazione degli aminoacidi), par G. Fasanaro, E. Scala et G. Porcellati (de Naples). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 524-533).

Pour essayer de corriger le métabolisme perturbé des acides aminés dans l'oligophrénie phénylpyruvique, ont été expérimentées, chez trois malades, diverses substances : cocarboxylase, vitamine B2, vitamine B6, acide panthoténique, thyroxine, British Anti Lewisite, acide adénosine-triphosphorique. Le dosage de l'acide phénylpyruvique sanguin et urinaire et de l'élimination des amino-acides a fait noter qu'aucune des médications employées ne s'est montrée capable de corriger totalement le trouble biologique de ces malades. Une légère influence favorable a été observée avec la cocarboxylase et avec la vitamine B2. Il est probable que la carence enzymatique responsable de l'altération métabolique est très complexe et réclame l'emploi thérapeutique associé de diverses substances susceptibles d'activer les processus métaboliques bloqués.

V.-J. Durand.

Asymétrie électro-encéphalographique interhémisphérique et asymétrie du schéma corporel de l'homme normal (Assimmetria E. E. grafica interemisferica e assimmetria dello schema corporeo nell'uomo normale), par Franco de Franco et Giuseppe Ragonese (de Messine). (*Il cervello*, 31e année, n° 6, 15 novembre 1955, p. 463-471).

Les auteurs ont étudié sur des sujets adultes normaux la relation entre l'asymétrie électro-encéphalographique cérébrale et l'asymétrie du schéma corporel. Ils constatent que, du côté opposé à l'hémisphère dominant au point de vue électrobiologique, il y a toujours un élargissement du schéma corporel, tandis que, du même côté, il y a un rétrécissement. A titre d'hypothèse de travail, on peut interpréter ces résultats par un mécanisme de régulation centrale du tonus musculaire qui influencerait le schéma corporel. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Application au liquide céphalo-rachidien de la méthode de Van Slyke et Palmer pour la détermination de l'acidité organique (Applicazione al liquor del metodo di Van Slyke e Palmer per la determinazione dell'acidità organica), par D. Kemali et E. Buondonno (de Naples). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 534-546).

Les auteurs ont appliqué au liquide céphalo-rachidien une technique dérivée de celle de Van Slyke et Palmer pour la recherche de l'acidité organique

dans les urines. Les résultats de la recherche sur le liquide céphalo-rachidien chez 125 sujets atteints de diverses affections neuro-psychiques ont permis de noter comment étaient possibles une plus grande constance et une plus substantielle valeur d'orientation que ce qui serait obtenu par des dosages urinaires. Les données analytiques permettent de constater une augmentation des valeurs de l'acidité organique dans les cas de méningites, dans les maladies dégénératives spinales et, à un moindre degré, dans la schizophrénie. Une diminution de ces valeurs s'observe dans les cas de méningite expliqués par introduction de certaines substances médicamenteuses dans les espaces sous-arachnoïdiens et, surtout, dans les états confusionnels post-convulsifs.

V.-J. Durand.

Applications cliniques du test de Funkenstein, par Yves Rouleau et Maurice Coulombe. (*Laval médical,* Québec, vol. 20, n° 6, juin 1955, un extrait de vingt pages).

Le test de Funkenstein consiste dans l'étude des variations de l'homéostasie par les modifications de la courbe de la tension artérielle systolique à la suite d'une injection d'adrénaline suivie d'une injection de chlorure d'acétyl-bêta-méthyl-choline. Les recherches effectuées par les auteurs ont permis de constater, appliquées à des sujets normaux et à des malades mentaux, que certains types de réactions ont un pronostic favorable à l'électro-choc, qu'il existe un parallélisme entre le tableau physiologique et le tableau psychologique. 402 tests ont été pratiqués chez 236 sujets : 175 psychotiques, 61 névrotiques. Rappelant les six groupes décrits par Funkenstein, les auteurs indiquent que, pour eux, les schizophrènes se sont montrés particulièrement nombreux dans les groupes 1 et 4, tandis que les psychoses maniaques dépressives se retrouvent surtout dans les groupes 6 et 7. Les malades qui réagissent bien à l'électro-choc (surtout psychoses maniaques dépressives), appartiennent au groupe 6. L'amélioration clinique s'accompagne d'un déplacement vers le groupe 2-3. Le test peut être utile pour préciser le diagnostic. Il donnerait une indication de l'excitabilité sympathique hypo-thalamique. Seuls les malades présentant de l'hypo-activité sympathique (groupes 6 et 7) répondraient bien à l'électro-choc. Celui-ci semble donner une forte stimulation cholinergique qui, par voie réflexe, déclencherait la réponse sympathico-adrénalinienne.

V.-J. Durand.

Le test céphaline-cholestérine (réaction de Hanger) appliqué au liquide céphalo-rachidien des schizophrènes (Il test cefal nacolest rina (reazione de Hanger) applicato al liquor di schizofrenici), par Giovanni Giovannelli (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 391-392).

L'auteur a recherché systématiquement le test céphaline-cholestérine (réaction de Hanger) dans le liquide céphalo-rachidien de cent schizophrènes. Les résultats ont toujours été négatifs. Ainsi, connaissant les caractéristiques particulières de cette réaction, il n'existe dans la schizophrénie aucune altération du rapport qualitatif et quantitatif albumine-globuline dans le liquide céphalo-rachidien. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude expérimentale sur l'influence nerveuse générale de faibles doses d'alcool, par MM. J. Malmejac et P. Plane (*Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, t. 140, nos 3 et 4, séances des 24 et 31 janvier 1956).

Les résultats expérimentaux rapportés par les auteurs montrent combien les formations nerveuses supérieures du chien, ingérant pour la première fois de l'alcool, sont sensibles à l'apport du poison. Des alcoolémies, de l'ordre de 0,30 à 0,40 ‰, donc inférieures aux seuils d'activité apparents chez l'homme, suffisent pour entraîner des modifications évidentes de l'activité corticale. Une phase d'hyperactivité, dont on juge par l'augmentation de la réponse salivaire à l'excitant conditionnant, est nettement mise en évidence. Elle affecte, soit une forme régulière, progressive, dont l'évolution dure une à deux heures, soit une forme ondulante, intermittente, la réponse conditionnée passant par des phases successives, mais rapprochées, d'augmentation et de diminution. Avec des doses plus élevées d'alcool, l'effet narcotique domine : le réflexe salivaire conditionné diminue.

Une « accoutumance » corticale intervient rapidement. Après quelques jours d'apport quotidien de petites doses d'alcool, l'effet excitant devient de moins en moins net et finit par disparaître.

Quel est exactement le point d'attaque de l'alcool vis-à-vis des formations nerveuses supérieures ? S'agit-il d'une action directe du poison sur le cortex ou d'une modification de l'activité corticale à partir d'appareils régulateurs comme ceux de la réticulée ? C'est là un point que les auteurs étudient actuellement à l'aide de techniques électro-physiologiques.

P. Abély.

L'électro-encéphalographie dans l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, par Guy Noel (Charleroi) (*Archives Belges de Médecine Sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, n° 10, décembre 1955).

L'auteur étudie trois cas d'intoxication par l'oxyde de carbone. Des enregistrements électro-encéphalographiques de ces cas d'intoxication oxycarbonée permettent de mettre en évidence des ondes lentes survoltées dans la gamme de 2 à 5 c./s., qui rétrocèdent progressivement dans les jours suivants avec un certain retard sur l'amélioration clinique. Ces constatations sont superposables à celles qui ont été faites par la plupart des auteurs et une courte bibliographie en est donnée. Quelques hypothèses sont présentées pour rendre compte de la génèse des anomalies électro-encéphalographiques, en particulier celle de l'anorexie transitoire et de souffrance cérébrale consécutive.

Paul Abély.

ENDOCRINOLOGIE

Changements nerveux et musculaires dans les troubles fonctionnels de la glande thyroïde (Zivcane i misicne promjene Kod funkcionalnih oboljenja štitnjače), par A. Trgo (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagrez, vol. 3, n° 1, 1955, p. 18-24).

Se basant sur l'étude de la littérature et sur des observations personnelles, l'auteur décrit des relations fonctionnelles entre la glande thyroïde et le

système nerveux autonome. A ce propos, sont passées en revue les modifications nerveuses et musculaires qui apparaissent dans les troubles fonctionnels de la glande thyroïde. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Paralysie de Bell et thyréotoxicose (Bellova paraliza i tireotoksikoza), par O. Plevko (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 3, n° 1, 1955, p. 63-69).

Les conditions pathologiques déterminant la paralysie faciale aiguë unilatérale, dite de Bell, ne sont pas encore bien connues. 54 cas en furent traités par l'auteur de juillet 1953 à décembre 1954. Des signes de thyréo-toxicose furent retrouvés chez une grande partie de ces malades (2/3 des cas). Peut-être, l'apparition de la paralysie est-elle en liaison avec la soudaine augmentation de l'hormone thyro-stimulante dans le sang, à la suite de stress somatiques ou psychiques, avec rétention d'eau dans la région stylo-mastoïdienne. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Dystrophie myotonique avec dysendocrinie à caractère principalement di-encéphalo-hypophysaire dans trois cas d'une souche familiale (Distrofia miotonica con disendocrinia a carattere prevalentemente diencefalo-ipofisario in tre casi di un ceppo familiare), par Giuseppe Tinelli et Michele Calvario (de Bari). (*Il cervello*, 31e année, n° 6, 15 novembre 1955, p. 415-436).

Les auteurs décrivent trois cas de dystrophie myotonique dans la même famille. Le gène a été vraisemblablement introduit par le chef de famille, marié deux fois avec des femmes non parentes entre elles. Les malades étaient : l'un du premier lit, les deux autres du second. Des trois cas envisagés, deux ont été étudiés complètement, avec des recherches complémentaires et de laboratoire ; le dernier, vu en dispensaire, a montré à l'examen clinique les mêmes signes que les précédents. Il faut mettre en relief les manifestations dysendocriniennes observées, qui permettent aux auteurs de localiser le « primum movens » de la dystrophie myotonique dans une lésion primitive du système diencéphalo-hypophysaire, à caractère abiotrophique héréditaire. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude sur certains aspects de l'hyperandrogénie chez la femme (présenté à la 3e réunion des endocrinologistes de langue française, Bruxelles, 18-20 juin 1955). *Hyperandrogénie et spanioménorrhée, hyperandrogénie et insuffisance luétale. Expériences sur la sécrétion ovarienne des androgènes féminins*, par Albert Netter, Robert Henry, Alice Lambert, Maurice Thévenet, Pierre Lumbroso et Pierre Aschheim. (*Annales d'endocrinologie*, n° 6, 1955).

Les auteurs apportent toute une série de cas où l'hyperandrogénie féminine revêt une forme clinique particulière distincte de celles qui ont été

décrites jusqu'alors. Dans ces observations, l'accroissement des 17-cétostéroïdes urinaires accompagne un allongement du cycle menstruel ou un cycle menstruel de durée normale mais avec signes d'insuffisance lutéale. Les ovaires sont souvent hypertrophiés. La cortisone en constitue un traitement d'une efficacité parfois saisissante.

Quelles sont les relations unissant le trouble clinique à l'hyperandrogénie ? Ce problème est difficile à résoudre, car certaines femmes ont une hyperandrogénie élevée sans aucun trouble clinique ni aucun signe d'insuffisance lutéale. Les auteurs l'abordent, apportent des données chromatographiques, mais ne peuvent conclure de façon formelle.

L'origine ovarienne des androgènes a été également étudiée au point de vue expérimental chez la femme : l'injection de gonadotrophine chorionique dans la période lutéinique du cycle normal détermine des modifications quantitatives et qualitatives fort différentes de celles qui sont observées après castration : une étude chromatographique a été faite dans ces conditions chez des femmes normales et chez des femmes ovariectomisées. Dans deux cas même, cette étude a pu être réalisée chez la même personne, avant et après ovariectomie, avant et après injection de gonadotrophine. Ces expériences paraissent concluantes et font penser que, comme chez l'animal, l'ovaire peut sécréter, dans l'espèce humaine, les précurseurs d'une partie des fractions IV et V du chromatogramme des 17-cétostéroïdes.

Paul Abély.

Sur les galactorrhées à propos de trois observations, par L. Langeron et A. Barbry (Lille). (*Annales d'endocrinologie,* n° 6, 1955).

Etude particulièrement intéressante de trois cas de galactorrhées chez trois femmes âgées respectivement de 65 ans, 46 ans et 31 ans. Les auteurs étudient la physiopathologie possible de cet écoulement par le mamelon d'un liquide lactésant en dehors de toute lactation normale. Les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes : la galactorrhée paraît due, dans la plupart des cas, à une sécrétion anormale de prolactine à l'origine de laquelle on peut retrouver trois ordres de faits :

soit un adénome éosinophilique hypophysaire, comme c'est le cas de l'acromégalie ;

soit une insuffisance œstrogénique absolue, qui semble le fait de l'atrophie utéro-ovarienne par exemple ;

soit une insuffisance œstrogénique relative par hyperandrogénie d'origine cortico-surrénale par exemple. La rareté du phénomène en regard de la fréquence de cette insuffisance ou de ce déséquilibre œstrogénique laisse supposer l'existence concomitante d'une aptitude spéciale de l'hypophyse ou d'une sensibilité particulière de la glande mammaire.

Tous ces éléments concourent à inscrire la galactorrhée dans le cadre plus large d'un dysfonctionnement polyglandulaire dont la sécrétion mammaire n'est qu'un élément et qu'une manifestation.

Paul Abély.

A propos d'une observation d'hyperplasie congénitale des surrénales s'accompagnant de développement prématuré des seins et ne comportant pas de sinus uro-génital, par Julien Marie, H. Bricaire, G. Sée, J. Salet, E. Eliachar, J.-L. de Gennes. (*Annales d'endocrinologie,* n° 6, 1955).

Les auteurs rapportent l'observation d'une petite fille de 6 ans présentant un syndrome de puberté précoce avec hypertrophie clitoridienne, avec développement mammaire, sans sinus uro-génital. L'origine cortico-surrénale est attestée par le dosage des divers stéroïdes urinaires. L'existence de développement mammaire, l'absence du sinus génital, les conduit à discuter la véritable nature de l'hyperfonctionnement du cortex et à ranger ce cas dans un groupe peu habituel d'hyperplasie congénitale des surrénales, dans lequel l'anomalie métabolique ne débuterait qu'assez tardivement, après le 5e mois de la vie intra-utérine.

Paul Abély.

Action de la chlorpromazine sur l'évolution et l'avenir de la gestation chez la rate, par Y. Chambon. (*Annales d'endocrinologie,* n° 6, 1955).

Cette étude doit retenir l'attention des psychiatres qui administrent souvent de la chlorpromazine à des malades enceintes. De son expérimentation, les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes : la chlorpromazine possède, à la dose de 10 mgr. par kgr. toutes les 8 heures, pendant 72 heures, une action abortive généralement rapide, nette aux 6e, 7e, 8e jours, et surtout 7e, 8e, 9e jours et 8e, 9e, 10e jours de la gestation chez la rate, plus modérée aux 9e, 10e, 11e jours et 10e, 11e, 12e jours, pratiquement insignifiante enfin aux 11e, 12e, 13e jours, 12e, 13e, 14e jours et 13e, 14e, 15e jours. Parallèlement on note, outre une augmentation de la durée de la gestation et de la parturition avec mort éventuelle des mères, une morti-natalité et plus encore une mortalité post-natale croissantes, cette dernière ayant son maximum d'importance dans les 24 premières heures de la vie extra-utérine ; en tout cas, si les petits, à la naissance, paraissent à peu près normalement développés, les petits survivants, le 7e jour après la naissance, sont nettement sous-développés. L'étude des facteurs susceptibles d'entrer en jeu dans cette action permet d'écarter à peu près certainement l'influence de l'hypothermie et de l'hypo-alimentation des femelles pendant le traitement, ni l'une ni l'autre, d'ailleurs légères, n'étant capables dans les mêmes conditions de provoquer les mêmes troubles. Une certaine influence de la chlorpromazine sur l'œuf ne pouvant cependant être entièrement exclue, il reste, pour l'instant, que c'est une inhibition hypophyso-ovarienne — partielle parfois, mais assez durable — qui apparaît comme l'hypothèse la plus plausible.

Paul Abély.

Influence de la cortisone sur la réponse de la thyroïde à l'hormone thyréotrope, par P. Trabert et E. Betz. (*Annales d'endocrinologie,* n° 6, 1955).

De leur expérimentation sur trois lots de cobayes, les auteurs aboutissent aux conclusions suivantes :

1° La cortisone ne modifie pas de façon significative la structure histologique de la thyroïde du cobaye.

2° La cortisone ne modifie pas la réponse de la thyroïde à l'injection d'hormone thyréotrope hypophysaire.

Paul Abély.

Influence de la cortisone sur la fonction thyroïdienne du rat mâle, par J. Lederer, A. Prinzié et F. Meersseman. (*Annales d'endocrinologie*, n° 6, 1955).

Travail assez voisin du précédent et où les premières conclusions se rejoignent :

1° La cortisone augmente le poids de la thyroïde du rat sans modifier son image histologique.

2° La cortisone accentue l'action hypertrophiante du propylthiouracile sur la thyroïde, sans modifier de manière apparente l'image histologique.

Paul Abély.

Intérêt des dosages de potassium et de sodium dans le plasma et les urines, pour la surveillance du traitement des insuffisants surrénaux, par E. Azerad, A. Reinberg, J. Ghata et H. Lestradet. (*Annales d'endocrinologie*, n° 3, t. 16, 1955).

Le traitement de l'insuffisance surrénale pose divers problèmes parmi lesquels le choix de l'hormone (D.O.C.A., cortisone, hydrocortisone) et d'adoption d'une dose apprpriée. Le trouble principal de cette affection réside en fait, et quel qu'en soit le déterminisme exact, dans le déséquilibre électrolytique : hyponatrémie, hyperkaliémie, variation du rapport Na/K. C'est à rétablir un équilibre normal que doit viser la thérapeutique.

Malheureusement, un dosage isolé des ions Na et K dans le plasma n'a généralement pas grande signification, car en dehors des états de crise aiguë les déviations par rapport à la normale restent faibles alors que les variations de ce qu'on peut considérer comme le taux normal sont elles-mêmes assez larges.

Par leurs observations, les auteurs montrent l'intérêt qu'il y a à suivre, par des dosages répétés, à des intervalles assez rapprochés, l'état humoral de tels sujets. Les variations par rapport aux taux antérieurs fournissent une meilleure indication de la tendance évolutive prise par la maladie. Et, il est permis de souligner que, en général, il y a concordance satisfaisante entre l'évolution clinique et l'évolution humorale pour un malade donné.

Une seconde difficulté dans le traitement vient de ce qu'il est parfois difficile de prévoir l'action d'une des trois hormones ci-dessus, sur les métabolismes ioniques. Cela est vrai plus spécialement pour la cortisone, dont l'action sur la natrémie et la kaliémie peut parfois être dissociée. Ainsi, il arrive que des malades paraissant parfaitement équilibrés, et dans un état clinique satisfaisant avec un type de traitement, traversent une période de déséquilibre sans qu'aucune cause apparente ne puisse être relevée.

Une telle éventualité a été signalée expérimentalement par Swingle et collaborateurs. Des chiens surrénalectomisés sont traités par la cortisone à la dose de 0,93 mgr./kgr./jour de manière cliniquement satisfaisante. Or,

après un délai variable et sans manifestation clinique, la natrémie diminue lentement, la kaliémie s'élève de même. Lorsque ce trouble est suffisamment accentué, la crise clinique survient. Aux doses de 1,86 mgr./kgr./jour, de tels déséquilibres dramatiques sont moins fréquents. Suivant Swingle, les perturbations humorales peuvent être dépistées précocement par des dosages plasmatiques de K et de Na et par l'électrocardiogramme. Ce déséquilibre peut rester purement humoral sans aucune traduction clinique bruyante, du moins s'il est dépisté à temps, et corrigé avant l'apparition de symptômes inquiétants.

A l'opposé, si les manifestations de surdosages avec le D.O.C.A. sont rapidement cliniquement décelables, il n'en est pas de même pour ceux de la cortisone et de l'hydrocortisone, qui ne provoquent qu'à très longs délais un syndrome cushingoïde plus ou moins net. La natrémie, la kaliémie, et surtout la mesure de l'excrétion de K rapportée à sa filtration par le glomérule, paraissent pouvoir donner un indice beaucoup plus précoce à ce surdosage.

En ce qui concerne l'hydrocortisone, les auteurs ont déjà signalé qu'elle était susceptible de provoquer, chez certains sujets, une hyponatrémie que l'augmentation des doses ne fait qu'accentuer jusqu'à extériorisation clinique. Des faits de ce genre ont été rapportés par L. de Gennes, H. Bricaire et M. de Fossey. Ces perturbations peuvent rendre nécessaire, soit un complément de traitement sous forme de l'augmentation d'apport en NaCl, soit même la substitution d'une autre hormone.

Ainsi, le traitement de l'insuffisance surrénale paraît pouvoir être rapproché de celui du diabétique, qui nécessite un contrôle, non seulement clinique, mais aussi humoral (analyse fréquente des urines et du sang) de façon à pouvoir adapter le type d'insuline et la dose à chaque cas individuel, ou chez un même sujet à une période donnée. Ce contrôle humoral, effectué systématiquement ou à la moindre alerte, permet de prévoir, et par suite, d'éviter l'apparition d'accidents graves chez l'addisonien comme chez le diabétique.

Paul Abély.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Contribution à l'étude des relations mère-fils dans les premières années de la vie (Contributo allo studio delle relazioni madrefiglio nei premi anni di vita), par Gina Ferrara Mori (de Florence). (*Infanzia anormale*, fasc. 10, nouvelle série, janvier-février 1955), p. 27-33).

L'auteur présente trois cas observés dans les centres médico-psychopédagogiques. Elle montre grâce à eux l'importance de rapports affectifs équilibrés entre mère et enfant pour le développement de la personnalité de ce dernier. Ceci montre la nécessité d'étudier, non seulement l'enfant sur un plan théorique, mais de considérer également son milieu et son entourage. Cette étude peut éclairer de nombreux problèmes comme l'anxiété, la régression, l'anorexie mentale chez les enfants.

V.-J. Durand.

Le « children's apperception test » chez les enfants normaux et troublés (Der children's Apperception Test bei gesunden und gestörten Kindern), par Maria-D. Simon (de Vienne). (*Zeitschrift für diagnostische Psychologie und Persönlichkeitsforschung*, vol. 2, n° 3, 1954, p. 195-219).

Une série de 500 histoires racontées par 49 enfants viennois de 2-8 à 6-9 ans a servi de base à cette recherche sur le « children's apperception test » de Bellak. Ces enfants étaient, les uns normaux, les autres inadaptés ou infirmes. Les histoires ont été classées d'après le contenu et d'après d'autres éléments. Elles renseignent sur les formes et la fréquence des angoisses et des conflits chez l'enfant. Les angoisses se rapportent surtout à la protection du moi contre les différents dangers éventuels. Dans une telle situation, les parents apparaissent, tantôt comme des défenseurs, tantôt comme des ennemis. En face du monde extérieur, l'enfant se sent comme en état de lutte. Dans près de la moitié des cas, il pense devoir être vaincu. Ces conflits peuvent s'observer aussi bien chez les enfants normaux que chez les autres. Ce qui distingue surtout les enfants mieux adaptés, c'est une meilleure capacité d'évaluation des dangers possibles, les parents étant considérés comme des puissances protectrices. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Contribution à l'étude nosologique et psychopathologique des démences infantiles (Contributo allo studio nosologico e psicopatologico delle demenzi infantili), par Tommaso Campioni (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1293-1329).

Se limitant aux syndromes démentiels infantiles sans signes neurologiques, l'auteur étudie la démence précocissime prépubérale et pubérale, la démence infantile de Heller, le syndrome aparético-aphasique tardif de Sancte de Santis, la maladie hypercinétique de Kramer et Pollnow. Il rapporte quelques observations. Pour lui, il faut réunir démence infantile de Heller et syndrome aparético-aphasique sous le nom de « regressio mentis infantojuvenilis ». Au contraire, la maladie hypercinétique de Kramer et Pollnow est une forme à part. Peut-être ne conviendrait-il pas de trop séparer la démence précocissime et la démence infantile de Heller. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur le développement affectif et instinctif de l'enfant (Considerazioni sullo sviluppo affettivo e istintivo del bambino), par N. Beno. (*Infanzia anormale*, fasc. 12, nouvelle série, mai-juin 1955, p. 216-226).

L'auteur décrit rapidement le développement affectif et instinctif de l'enfant depuis la naissance, qui soumet le nouveau-né à l'action traumatique d'impressions brutales et massives, et à travers la formation de syndromes de frustration et d'abandon pendant l'allaitement et le sevrage. Après avoir montré l'importance des conflits qui, d'après Freud, se voient dans les premières phases de la vie, l'auteur affirme que toutes les névroses, depuis les

plus simples, comme la névrose hystérique d'angoisse, jusqu'aux plus complexes, comme la névrose obsessionnelle, sont le résultat d'un conflit entre une pulsion précoce des instincts et la défense globale, exogène au débit, puis intégrée dans le moi et introjectée dans le sur-moi.

V.-J. Durand.

Le Rorschach dans les névroses infantiles (Il Rorschach nelle nevrosi infantili), par Adriano Ossicini (de Rome). (*Infanzia anormale,* fasc. 12, nouvelle série, mai-juin 1955, p. 227-239).

Après avoir donné quelques informations sur l'application du test de Rorschach dans un centre médico-psycho-pédagogique, l'auteur analyse les résultats obtenus chez 48 enfants névropathes. Ceux-ci sont répartis en trois groupes : 12 enfants de 4 à 6 ans, 24 de 6 à 10 ans, 12 de 10 à 12 ans. Dans le premier groupe, tous les sujets étaient coartés. Dans le second, il y avait 8 extraversifs, 8 introversifs, 5 coartés et 1 ambiégal. Enfin, pour le troisième : 5 introversives et une coartée ; 3 introversifs, 2 extraversifs et 1 coarté. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Association d'un tableau mental particulier et d'une dysrythmie continue chez un enfant épileptique (Associazione di un singolare quadro mentale e di una disritmia continua in un bambino epilettico), par Franco Paparo et Angelo Pasetti (de Rome). (*Infanzia anormale,* fasc. 12, nouvelle série, mai-juin 1955, p. 240-246).

Les auteurs décrivent un épisode confusionnel avec des troubles du comportement et des persévérations, à début subaigu, évoluant pendant un an chez un enfant épileptique de 8 ans. L'électro-encéphalogramme a montré la présence de pointes continues typiques, symétriques. Les auteurs discutent de la classification nosologique de ce cas. Peut-être y a-t-il un lien direct entre la dysrythmie électro-encéphalographique et le trouble mental.

V.-J. Durand.

Manifestations psychiques de l'épilepsie chez l'enfant (Manifestaciones psiquicas de la epilepsia en el niño), par Alberto Gallinato, R. et Antonieta Méndez O. (*Revista chilena de neuro-psiquiatria,* t. 3, n° 3, décembre 1954, p. 426-437).

Les auteurs passent en revue quelques notions récentes concernant l'épilepsie : mécanisme pathogénique, psychopathologie, physiopathologie, modifications des tests ; puis ils indiquent les éléments essentiels qui caractérisent l'épilepsie chez l'enfant. Ils envisagent particulièrement les perturbations psychiques provoquées par la répétition des crises et les troubles du comportement qui peuvent résulter de l'intrication des nombreuses causes en jeu : facteurs organiques, psychologiques, réactions de l'entourage. Le « caractère » épileptique est lié essentiellement à une attitude de défense vis-à-vis de la carence et de l'incompréhension sociales.

V.-J. Durand.

L'équilibre et la fonction labyrinthique chez le nouveau-né et le nourrisson par André-Thomas. (*L'encéphale*, t. 44, n° 2, 1955, p. 97-137).

Les afférences vestibulaires sont des afférences proprioceptives, mais il y a collaboration des différents sens dans l'équilibration. C'est assez tôt qu'apparaissent chez le fœtus les afférences proprioceptives. L'auteur étudie les procédés d'exploration de l'appareil vestibulaire chez le nouveau-né et le nourrisson, ainsi que les étapes successives d'évolution. Il rappelle l'intérêt de l'aptitude ambulatoire observée très transitoirement chez le nouveau-né et contrastant avec l'astasie-abasie ultérieure. Il signale le rôle essentiel joué par les affects dans le développement de l'équilibre, l'importance des recherches effectuées au moyen de la table basculante. Les membres supérieurs interviennent notablement dans le maintien de l'équilibration. La réflectivité vestibulaire ne doit pas être considérée isolément, mais dans ses associations avec les autres réactions sensitivo-sensorielles. Elle doit s'adapter aux transformations qu'entraîne le développement du névraxe. 19 figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Ulcère duodénal dans l'enfance (Ulcera duodenal en la infancia), par Talma Reca et Carlota Rascovsky. (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 4, juillet 1955, p. 342-356).

L'étude psychique comparative de six cas d'enfants souffrant d'ulcère peptique a permis aux auteurs de découvrir certains conflits. Dans une famille de type autoritaire, où les besoins psychiques ne sont pas pris en considération, d'où hiérarchisation conventionnelle établie au détriment des manifestations affectives spontanées normales, les enfants sont dans l'obligation de contrarier leur propre nature pour être fidèles aux canons parentaux. L'insuffisance du soutien affectif et compréhensif des parents provoque, chez l'enfant, une immaturité affective qui empêche ce dernier de trouver en lui-même un refuge. Il y a impossibilité à utiliser l'habileté intellectuelle, forte répression des pulsions agressives avec attitude passive, sentiment d'incapacité et de culpabilité par ambivalence irrésolue. Le résultat est l'apparition d'une personnalité névrotique à tendances compulsives et obsessives. L'ulcère, comme expression de ces tendances, est favorisé par trois circonstances : prédisposition constitutionnelle en accord avec les antécédents ; préoccupations pour les régimes et les troubles digestifs de membres de la famille souffrant d'ulcères ; fixation orale due à des frustrations dans la petite enfance. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le test de Lüscher et les syndromes morpho-caractérologiques de Kretschmer dans l'adolescence (Il test di Lüscher e le sindromi morfocaratterologiche di Kretschmer nell'adolescenza), par A. Catanzaro (de Catane). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 366-420).

L'auteur a étudié le test de préférence chromatique de Lüscher chez 967 adolescents, et a trouvé une prédilection pour les couleurs sombres dans le bleu-vert. Cette préférence, en harmonie avec la typologie des couleurs de Goldstein et de Lüscher, est rapportée à l'introversion qui domine

le psychisme des adolescents. De l'étude des rapports entre typologie et constitution somatique chez les sujets, l'auteur conclut qu'il n'existe pas, chez eux, un rapport particulier entre un type caractérologique et une constitution somatique. La typologie dominante rencontrée et la préférence pour les couleurs passives doivent être interprétées comme des caractères fondamentaux du jeune âge, et non comme des coïncidences dépendant de types tempéramentaux particuliers. Ces caractères sont reconnus comme parfaitement normaux et typiques de la jeunesse et non comme dissociés et schizoïdes, comme le voudraient certains auteurs en décrivant les crises d'originalité juvénile qui frapperaient les deux tiers des sujets. Graphiques. Tables. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Encéphalites typhiques infantiles (Encefalitis tificas infantiles), par J. Albos Martinez. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 3, septembre 1955, p. 311-315).

Trois cas d'encéphalites typhiques infantiles sont rapportés, de diagnostic difficile. Il faut signaler : un tableau méningo-encéphalique initial avec signes méningés très accusés et liquide céphalo-rachidien normal ; intensité du tableau algique avec forte hyperesthésie dominant la symptomatologie ; absence de convulsions ; faible atteinte de la sensibilité ; pauvreté des signes communs de la dothiénentérie ; fond d'œil pratiquement normal ; altérations électro-encéphalographiques bien évidentes ; bonne réponse à la chloromycétine. En ce qui concerne la pathogénie de ces cas, les auteurs admettent la participation d'un facteur vaso-moteur en relation évidente avec une intoxication typhique, permettant d'inclure ces encéphalites dans le groupe des formes végétatives. Quatre figures.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Syncrésothérapie des schizophrénies (Syncresotherapy of schizophrenias), par J. Alves Garcia. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 4, n° 1, 1955, p. 49-69).

Dans 30 % des cas environ de démence précoce se voient des symptômes névrotiques. Ils sont de bon pronostic et caractérisent les formes à début névrotique et les formes pseudo-névrotiques. La névrose et la schizophrénie sont deux processus antagonistes ; la présence de signes névrotiques indique une réaction protectrice. Le but du traitement est de multiplier les moyens de défense, par une association de plusieurs méthodes de choc. C'est la syncrésothérapie, ou traitement par les chocs convergents. Elle vise à névrotiser les schizophrènes. L'auteur emploie ensemble : le choc hémoclasique, le choc réticulaire, par lantol, électrargol, ou rhodium), le choc métrazolique, le choc électrique extra-cérébral (application abdominale et le long de la chaîne sympathique), le choc par l'émétine, le choc diencéphalique (injections intra-rachidiennes d'oxygène plus rapides et plus importantes que dans la pneumothérapie rachidienne), les chocs hormonaux (testostérone, œstrogènes), le choc à la vitamine B12, les chocs cholinergique et adréner-

gique, les ganglioplégiques. Ceux-ci doivent être employés à la fin du traitement. Ils constituent, non des agents anti-choc, mais des facteurs produisant un choc renforcé. La schizophrénie peut être considérée comme résultant du syndrome d'adaptation à la phase finale avec équilibre anormal. C'est par la rupture de cet équilibre qu'on essaie de rétablir l'homéostase. La syncrésothérapie a donné à l'auteur des résultats particulièrement encourageants. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Problèmes de psychothérapie chez les schizophrènes (Problems in psychotherapy with schizophrenics), par David Grauer (de Hines, Illinois). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 2, avril 1955, p. 216-233).

Les opinions sur la valeur de la psychothérapie chez les schizophrènes sont très variables, depuis celle de Rosen, particulièrement favorable, jusqu'à l'opposition des psychiatres organicistes. Passant en revue quelques travaux récents sur la question, l'auteur insiste sur le choix des malades. Il est utile de distinguer la forme bénigne de schizophrénie (psychose schizophréniforme, onéirophrénie, psychose schizo-affective) et la forme maligne de la maladie. Cette dernière se révèle rebelle à la psychothérapie. Nombreuses sont les techniques proposées. Une des plus intéressantes est celle de Fromm-Reichmann, qui fait au maximum appel aux aspects adultes de la personnalité du malade. Dans certaines formes morbides, d'autres méthodes peuvent se montrer indiquées. Pour mieux préciser les modalités préférables suivant les cas et le stade évolutif, des recherches nouvelles sont indispensables. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

L'usage du ganglioplégique 4560 R.P. en psychiatrie (L'uso del ganglioplegico 4560 R.P. in psichiatria), par M. Contini (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1133-1138).

L'auteur a employé la chlorpromazine (4560 R.P.) chez 90 malades mentaux, observant une amélioration sensible par l'administration parentérale dans les états d'excitation des psychoses dysthymiques ou associés à d'autres formes morbides. Il montre la nécessité pendant le traitement d'un contrôle constant, d'où une utilisation uniquement hospitalière. L'association de barbituriques administrés par voie buccale se montre avantageuse. Sur la schizophrénie, l'effet est limité, sauf sur les symptômes d'excitation. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Facteurs déterminant l'effet initial de l'hospitalisation dans les cas de schizophrénie (Factors determining the in tial effect of hospitalization on cases of schizophrenia), par Alden B. Starr et Alexander Gralnick (de Portchester, New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 9, n° 2, avril 1955, p. 243-261).

L'acte de l'hospitalisation représente un moment dramatique et critique pour le schizophrène. Un des problèmes essentiels est alors la perte de l'initiative avec certain degré de passivité. Le malade peut y réagir par une

attitude agressive ou par de l'anxiété, ou des sentiments de honte, de dépendance passive. L'attitude du thérapeute sera différente suivant les cas. Elle devra chercher à corriger ce que pourrait avoir de néfaste le séjour à l'hôpital.

V.-J. Durand.

La thérapeutique par le sommeil par J. Seabra Dinis. (*Anais portugueses de psiquiatria,* vol. 5, n° 5, décembre 1953, p. 151-196).

Dans un rappel historique, l'auteur montre d'abord l'évolution de la thérapeutique par le sommeil. Puis il décrit les nombreuses méthodes utilisées en séparant celles qui prévoient une action purement chimique des médicaments et celles qui s'appuient sur les doctrines de Pavlov. Ce sont ces dernières qui sont ici envisagées tout spécialement. Les bases des conceptions pavloviennes sont exposées, puis sont indiqués les éléments de la méthode thérapeutique. Ensuite sont envisagés indications et résultats, non seulement dans le domaine de la psychiatrie, mais aussi de la neurologie, de la neuro-chirurgie, de la chirurgie générale, de la médecine. Il s'agit d'un procédé de traitement en plein développement, riche de possibilités et nécessitant de larges recherches. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Application de la psychologie clinique dans les services de santé publique, par Mario Yahn. (*L'hygiène mentale,* 44e année, n° 1, 1955, p. 19-33).

Les progrès de la médecine, le développement de la psychologie depuis l'apparition de la psychanalyse ont rendu plus efficace la lutte contre la maladie et la prophylaxie. Dans le domaine de l'hygiène mentale, la tâche à accomplir est immense ; les problèmes à résoudre sont souvent délicats. L'auteur montre à quels principes rationnels doit obéir l'organisation de centres de santé. Il prend comme exemple ceux de São-Paulo. L'action prophylactique s'y exerce en particulier chez les sujets jeunes, parallèlement à une aide morale aux parents, qui doivent être conseillés et éclairés.

V.-J. Durand.

Thérapeutique diacéphalo-rachidienne et diabète insipide (Terapia diacefalo-rachidiane e diabete insipido), par Aldo Rabassini (de Trévise). (*Rassegna di studi psichiatrici,* vol. 44, fasc. 1, 1955, p. 120-129).

Deux cas de diabète insipide ont été traités suivant la thérapeutique diacéphalo-rachidienne de Boschi : ponction lombaire suivie d'une injection du liquide céphalo-rachidien additionné de 2 cm^3 d'eau bidistillée. L'efficacité de cette méthode permet de signaler l'électivité de la thérapeutique diacéphalo-rachidienne dans les diverses formes de mésocéphaloses, parmi lesquelles peuvent figurer les cas de diabète insipide. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le surital sodique par goutte à goutte intraveineux dans la narco-analyse (El surital sodico por goteo endovenoso en el narcoanalisis), par Rodolfo Krojanker. (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas, Quito,* 2e époque, vol. 3, n° 10, avril-juin 1955, p. 255-275).

Le surital sodique, thiobarbiturique d'action ultra-courte, est le sel sodique de l'acide 5-allyl-5-(1-méthyl-butyl)-2-thiobarbiturique, $C_{12}H_{17}O_2N_2SNa$. Après un rappel de ses propriétés chimiques et pharmacologiques, l'auteur étudie les différents problèmes soulevés par la narco-analyse. Puis, il expose les résultats obtenus dans 18 cas par l'emploi du médicament, seul ou associé. Il est possible de lui adjoindre, notamment, la métamphétamine, la cocaïne, l'insuline, la sismothérapie électrique. Le surital sodique s'administre en goutte-à-goutte intraveineux, à la dose de 0,30 à 0 gr. 40 dissous dans du sérum physiologique ou dextrosé, ou dans l'eau distillée (concentration, 1 gr. pour 350-400 cm^3). Le nombre des séances de narco-analyse est de trois à six en général.

V.-J. Durand.

Utilisation de la réserpine (serpasil) en neuro-psychiatrie (Utilizaçao da reserpina (serpasil) em neuro-psiquiatria), par H. Gomes d'Aranjo Filno (de Porto). (*O Medico, Porto,* n° 200, 30 juin 1955, un extrait de 28 pages).

L'auteur a utilisé la réserpine dans divers syndromes psychiatriques. Les états d'agitation, d'impulsivité, d'agressivité, de libération émotionnelle et de décharge explosive, d'hypervitalité et d'accélération psycho-motrice sont une bonne indication pour des doses de 5 à 10 mgr. par jour ; au contraire, les syndromes psycho-moteurs d'inhibition, de bradypsychie, les états akinétiques, pour des dosages quotidiens de un à cinq mgr., sont peu sensibles, parfois même montrent une augmentation de l'anxiété ; les personnalités psychopathiques en phase réactionnelle de décompensation donnent, pour des doses faibles (0,5 à 1 mgr. 5), des résultats variables, imprévisibles. Envisageant le mécanisme d'action et les effets secondaires, l'auteur donne en appendice quelques précisions sur des essais dans deux chorées de Sydenham, un parkinson post-encéphalitique, un tremblement après intoxication par le butane. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Traitement chirurgical des affections vasculaires du cerveau, par J. Le Beau (de Paris). (*Maroc médical,* 34e année, n° 360, mai 1955, p. 597-605).

Parmi les affections vasculaires du cerveau, certaines sont susceptibles d'être traitées chirurgicalement au moins dans une partie de leurs formes. Ce sont les angiomes ou anévrysmes artério-veineux des hémisphères cérébraux (ablation sous hypotension contrôlée, ou, à défaut, ligature de la carotide primitive), les anévrysmes carotidiens intra-craniens (en général ligature de la carotide interne), anévrysmes des artères de l'hexagone de Willis (ablation quand elle est possible, dans d'autres cas clips, parfois abstention). Enfin, est discuté le délicat problème du traitement chirurgical de l'hémorragie cérébrale chez l'hypertendu artériel. Huit figures.

V.-J. Durand.

Névralgies faciales, traitement chirurgical, par J. Le Beau (de Paris). (*Maroc médical,* 34e année, n° 360, mai 1955, p. 602-605).

Il faut distinguer : 1) le tic douloureux de la face, pour lequel on a préconisé la neurotomie rétro-gassérienne de Frazier, la neurotomie juxta-protubérantielle de Dandy, l'opération sélective de Sjoquist, la décompression gassérienne et rétro-gassérienne de Taarnhoj ; 2) les névralgies faciales symptomatiques, pour lesquelles le meilleur traitement est la neurotomie rétro-gassérienne ; à défaut, on pourra recourir à la méthode Sjoquist, ou même la lobotomie ; 3) les psychalgies faciales : pour l'anesthésie douloureuse de la face, le mieux est la résection bilatérale du cortex du pôle frontal et de la région immédiatement postérieure ; pour les névralgies faciales atypiques, la psycho-chirurgie sélective a des indications précises. Deux figures.

V.-J. Durand.

Premiers résultats obtenus dans le traitement de l'épilepsie biopathique avec un diurétique de la série sulfamidée (Primi risultati ottenuti nel trattamento dell'epilessia biopatica con un diuretico della serie sulfamidica), par A. Ferroni, A. Catanzaro et R. Gattuso (de Catane). (*Acta neurologica,* 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 433-438).

Les auteurs ont traité 14 épileptiques à crises généralisées et un cas de petit mal, par l'acétazolamide (diamox), à la dose de 750 mgr. par jour pendant quatre jours. Dans les cas d'épilepsie généralisée, il y eut forte rémission dès le premier jour. Du deuxième au quatrième jour, les crises disparurent. Après la fin du traitement, elles se reproduisirent, mais avec une fréquence diminuée. Pour le cas de petit mal, le nombre des absences a beaucoup baissé pendant le traitement. Pour expliquer l'action de ce dernier, les auteurs pensent que le médicament intervient par désinhibition au niveau du tissu nerveux.

V.-J. Durand.

Aspects cliniques et biologiques de la narcose barbiturique (Aspetti clinici e biologici della narcosi barbiturica), par E. Buondonno et F. Pariante (de Naples). (*Acta neurologica,* 10e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 207-226).

Les auteurs font un exposé systématique des rapports entre structure chimique et action biologique et clinique des barbituriques. Ils mettent en évidence, dans le cours du traitement intra-veineux, par les barbituriques, l'apparition de subnarcose à manifestations cliniques différentes, parfois même opposées, consistant en phénomènes hypokinétiques avec les dérivés de l'acide barbiturique de la série bisubstituée et des phénomènes hyperkinétiques avec des médicaments appartenant à la série barbiturique trisubstituée. Sur la base de recherches personnelles, les auteurs attribuent ces états aux modifications biologiques différentes déterminées par chacun des deux groupes de produits : en particulier le narconumal (trisubstitué) détermine dans la subnarcose une augmentation du rapport K/Ca, c'est-à-dire une situation humorale, favorisant les conditions d'hyperexcitabilité du système nerveux, tandis que l'éthamyl (bisubstitué), déterminant une diminution du

rapport K/Ca, favorise les conditions d'hypo-excitabilité des structures nerveuses. Ils rapportent la diversité de la réponse biologique et clinique à la diverse composition chimique et au destin métabolique différent des préparations considérées. Ils confirment le siège méso-diencéphalique du point d'attaque primitif des barbituriques et proposent, comme conséquence de la stimulation en ce siège, un mécanisme d'action essentiellement humorale sur l'activité nerveuse supérieure. Enfin, sur la base des résultats thérapeutiques, les auteurs croient possible d'établir diverses orientations d'emploi des barbituriques dans le traitement des névroses. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Etude de l'action des sels de lithium dans les états d'excitation psychomotrice, par M. Teulié, Follin et Bégoin. (*L'encéphale*, t. 44, n° 3, 1955, p. 266-285).

Les auteurs ont employé les sels de lithium (citrate et carbonate plus souvent que bromure) dans 68 cas d'excitation psycho-motrice : 25 manies typiques ou atypiques, 10 schizophrénies, 7 délires chroniques divers, 5 arriérations profondes, 21 épilepsies. C'est surtout dans la manie typique que les sels de lithium se sont montrés efficaces : 16 bons résultats dans 20 cas. Pour le carbonate, les doses moyennes ont été de 2 gr. par jour, en trois fois, au moment des repas. Pour le citrate, il faut donner au moins 3 à 4 gr. par jour. Ces doses d'attaque doivent être poursuivies en surveillant le malade. L'amélioration survient habituellement en six à dix jours. On diminue alors la dose (1 gr. 20 par exemple). Il y a intérêt à continuer le traitement d'entretien pendant très longtemps. On peut associer les sels de lithium à la chlorpromazine (leur mode d'action n'est pas le même) et à la sismothérapie. Il faut connaître les possibles accidents toxiques. Les sels de lithium sont une médication moins rapidement efficace que l'électro-choc ou la chlorpromazine, mais ayant l'avantage d'agir particulièrement dans les formes chroniques de manie. Le mécanisme d'action est encore mal connu. Peut-être faut-il invoquer des modifications dans le métabolisme du potassium. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Modifications du niveau d'efficience intellectuelle consécutives à la convulsivothérapie (Modificacões do nivel de efficiencia intelectual consequentes à convulsoterapia), par Galdino Loreto. (*Neurobiologia*, Recife, t. 17, n° 1, mars 1954, p. 1-30).

Trois groupes de malades : schizophrènes aigus, schizophrènes chroniques, troubles psychotiques divers, ont été soumis à une épreuve d'efficience non verbale (Progressive Matrices de Raven) et à une épreuve d'efficience verbale (vocabulaire de l'échelle Binet-Simon-Terman). Les résultats ont été inférieurs à ceux d'un groupe de contrôle. Sous l'action de la sismothérapie, les rendements, d'une façon générale, ont été améliorés, sauf dans le groupe des schizophrénies aiguës, qui n'obtinrent aucune amélioration clinique. Pour les schizophrénies chroniques, les Progressive Matrices furent nettement meilleures. Le test verbal montre des progrès plus faibles. Dans les formes aiguës améliorées par le traitement, les deux épreuves furent favorablement influencées. Chez les non-schizophrènes, c'est surtout le test de

vocabulaire qui se trouva amélioré. Pour apprécier aussi exactement que possible les niveaux d'efficience intellectuelle des malades, une conception d'inspiration génétique, qui postule l'existence d'une hiérarchie de niveaux opérationnels qualitativement distincts, doit constituer une féconde hypothèse de travail. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Convulsions épileptiques par ingestion accidentelle d'hydrazide de l'acide isonicotinique (Convulsioni epilettiche da ingestione accidentale di idrazide dell'acido isonicotinico), par Bartolo ALBANESE (de Trapani). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 4, juillet-août 1955, p. 456-459).

L'auteur illustre le cas d'une schizophrène qui absorba, accidentellement, environ un gramme et demi d'hydrazide de l'acide isonicotinique. Presque immédiatement apparut un syndrome toxique général avec crises convulsives épileptiques se reproduisant pendant trois jours. L'auteur explique les phénomènes observés en évoquant les expériences de l'école de Longo sur l'action toxique cérébrale de l'hydrazide de l'acide isonicotinique.

V.-J. DURAND.

Action antiépileptique d'un nouveau diurétique inhibiteur de l'anhydrase carbonique (Azione antiepilettica di un nuovo diuretico inibitore dell' anidrasi carbonica), par C. PERO (de Catane). (*Acta neurologica*, 10e année, n° 3, mai-juin 1955, p. 430-432).

On sait le rôle de la rétention d'eau au niveau des tissus et surtout du système nerveux central dans la pathogénie de l'épilepsie. Il y a altération des mécanismes régulateurs de la semi-perméabilité cellulaire. L'acétazolamide qui inhibe l'anhydrase carbonique détermine une augmentation de l'élimination hydrique et des électrolytes Na et K sous forme de bicarbonates, ainsi que des ions NH_4 et Cl. Il en résulte un certain degré d'acidose. Des essais thérapeutiques ont été faits avec ce produit (diamox). Ils montrent une amélioration de l'état clinique et électro-encéphalographique. Fait intéressant, l'action ne semble pas due aux modifications de la diurèse, mais plutôt aux variations entre les fractions tissulaires d'eau libre et d'eau liée.

V.-J. DURAND.

La psychothérapie d'ambiance, point d'arrivée de l'assistance psychiatrique moderne (La psicoterapia d'ambiente, punto di arrivo della assistenza psichiatrica moderna), par Edoardo BALDUZZI (de Varèse). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 3, 1955, p. 375-390).

Sous le nom de « psychothérapie d'ambiance », l'auteur réunit tout ce qui caractérise ce type d'assistance aux malades à l'hôpital neuro-psychiatrique de Varèse. Ces réalisations sont très intéressantes ; elles montrent que les nécessités cliniques et celles de la rééducation sociale se situent sur le même plan. Elles visent à aboutir au même but, par une intégration réciproque. Toutes les précisions sont fournies pour permettre la mise en pratique des principes de cette psychothérapie d'ambiance. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL de la Société médico-psychologique, séance entièrement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 avril 1956,* à 10 heures *très précises,* à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e] arrondissement).

La séance ordinaire de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 avril 1956,* à 15 heures 30 *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La séance ordinaire du mois de MAI aura lieu le *lundi 28 mai 1956,* à 15 heures 30 *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

Légion d'honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur* (réserves, armée de terre) :

M. le D[r] Henri-Emmanuel-Marie AUBIN, médecin commandant 8[e] région, 28 ans de service, 8 campagnes, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

(*J.O.* du 7-1-1956, p. 287).

Est promu au grade de *Commandeur :*

M. le professeur Georges HEUYER, chef du service de psychiatrie infantile à l'hôpital de la Salpêtrière, à Paris, président de l'association régionale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de Paris, 56 ans de services civils et militaires, officier du 6 juillet 1937, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

(*J.O.* du 14 mars 1956, p. 2514).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Par arrêté en date du 17 novembre 1955 :

M. le Dr Brocheriou, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques du 15 juin 1955 est nommé, dans l'intérêt du service, médecin-chef du quartier psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne, en remplacement de Mme le Dr André, appelée à d'autres fonctions.

(*J.O.* du 29-2-1956, p. 2121).

Par arrêté en date du 27 février 1956 :

M. le Dr Aubin, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), est nommé, dans l'intérêt du service, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var), poste créé ;

M. le Dr Conseil, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques du 14 juin 1955, est nommé médecin-chef à l'institut pédagogique de l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) ;

M. le Dr Danillon, nommé à titre provisoire médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), en remplacement numérique de M. le Dr Boittelle, est nommé médecin-chef à cet établissement en remplacement de Mme le Dr Boittelle, appelée à d'autres fonctions.

(*J.O.* du 7-3-1956, p. 2340).

Vacances de poste

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) ;

Est envisagée la vacance d'un poste de médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine).

(*J.O.* du 24-2-1956, p. 1999).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique faisant fonction d'établissement public de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

(*J.O.* du 9-3-1956, p. 2406).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Nice (Alpes-Maritimes), poste créé.

(*J.O.* du 6-3-1956).

Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines, à compter de la publication du présent avis, au ministère de la santé (direction de l'administration générale du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Un poste de médecin-assistant est actuellement libre à l'hôpital psychiatrique de Chezal-Benoit (Cher). Indemnité : 65.000 fr. par mois plus les avantages en nature habituels. Diplôme de docteur en médecine exigé. Ecrire au médecin-directeur.

Organisation de concours pour le recrutement d'internes dans les hôpitaux psychiatriques :

Le secrétaire d'Etat à la santé publique et à la population,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Un concours sur épreuves aura lieu le 30 mai 1956, à Paris, pour le recrutement de 21 internes en médecine des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics dépendant des Sociétés hospitalières de : Sainte-Marie-de-l'Assomption, du Bon-Sauveur de Caen et de Saint-Joseph de Cluny.

ART. 2. — Le directeur de l'hygiène sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *J.O.*

(*J.O.* du 29-2-1956, p. 2121).

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1956 (1er trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 89.150 — 1956